

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PERILAKU GURU UKS DALAM UPAYA DETEKSI DINI  
PENDERITA KUSTA PADA ANAK SEKOLAH DASAR  
DI KABUPATEN BLORA**



**TESIS**

**untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S-2**

**MAGISTER PROMOSI KESEHATAN**

**Oleh :**

**Warijan  
E4C 002064**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2005**

## TESIS

### FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU GURU UKS DALAM UPAYA DETEKSI DINI PENDERITA KUSTA PADA ANAK SEKOLAH DASAR DI KABUPATEN BLORA

Dipersiapkan dan disusun oleh

**Warijan**  
**E4C002064**

Promosi Kesehatan


Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
Pada Tanggal Maret 2005

Menyetujui  
**Dewan Penguji**


Pembimbing I

  
dr. Harbandinah Pietojo, SKM  
Nip. : 130 354 865

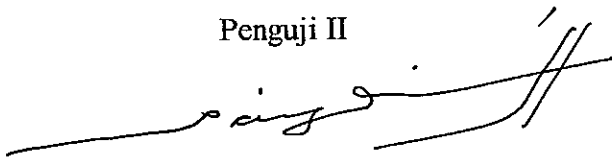
Pembimbing II

  
Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes  
Nip. : 131 764 483

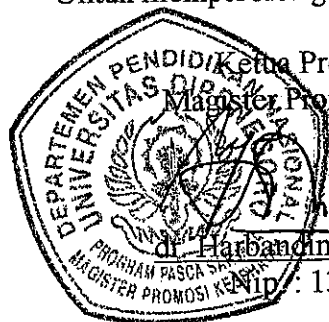
Penguji I

  
dr. Bagoes Widjanarko, MPH  
Nip. : 131 962 236

Penguji II

  
Priyadi Nugroho, SKM, MKes  
Nip. : 132 046 693

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan



Program studi  
Magister Promosi Kesehatan

dr. Harbandinah Pietojo, SKM  
Nip. : 130 354 865

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	3304/T/MPK/05
Tgl.	17/3/05

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/ tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 22 Maret 2005

Warijan

## **RIWAYAT HIDUP**

N a m a : Warijan, SPd.

Tempat/tanggal lahir : Pati, 15 Juli 1963.

Alamat : Jl. Cut Meurah Intan, Dk. Punggur RT 01/ RW III  
Ds. Temurejo, Kec. Blora Kota, Kab. Blora.

A g a m a : Islam.

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SD Negeri Jakenan, Pati, Jawa Tengah, Tahun 1976.
2. SMP Negeri Jakenan, Pati, Jawa Tengah, Tahun 1980.
3. SPK Depkes Blora, Jawa Tengah, Tahun 1983.
4. Sekolah Guru Perawat Ujung Pandang, Sulawesi Selatan, Tahun 1985.
5. AKPER Depkes Pajajaran Bandung, Jawa barat, Tahun 1991.
6. S1 IKIP Veteran Semarang, Jawa Tengah, Tahun 1998.
7. DIV Keperawatan UNDIP Semarang, Jawa Tengah, Tahun 1999.

### **Riwayat Pekerjaan :**

1. Guru Sekolah Perawat Kesehatan Blora, Tahun 1984 – 2001.
2. Dosen Politeknik Kesehatan semarang Program studi Keperawatan Blora,  
Jawa Tengah, Tahun 2001 – Sekarang.

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah yang Maha Kuasa atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas diponegoro Semarang dengan judul : “FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU GURU UKS DALAM UPAYA DETEKSI DINI PENDERITA KUSTA PADA ANAK SEKOLAH DASAR DI KABUPATEN BLORA”.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu dr. Harbandinah Pietojo, SKM dan Ibu Dra. Tinuk Istiarti, MKes, selaku Pembimbing I dan Pembimbing II.
2. Bapak dr. Bagus Widjanarko, MPH dan Bapak Priyadi Nugroho, SMK, MKes, selaku Penguji I dan Penguji II.
3. Ibu dr. Harbandinah Pietojo, SKM, selaku Ketua Program Studi Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas diponegoro Semarang.
4. Bapak Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, Sp.PD-KTI, selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas diponegoro Semarang.
5. Bapak dr. Budhi Tjahjanto, MM, selaku Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Blora yang telah memfasilitasi dan memberi kemudahan kepada penulis selama mengadakan penelitian.

6. Bapak Ilham Setyobudi, SKp, MKes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Semarang yang telah memberikan izin untuk mengikuti pendidikan.
7. Bapak Bambang Sucipto, SPd, AKep, selaku Ketua Program studi Keperawatan Blora yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan.
8. Rekan-rekan di lingkungan Program Studi Keperawatan Blora yang telah memberikan bantuan dan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Rekan-rekan di lingkungan Program Studi Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bantuan dan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan ini.
10. Istri dan anak-anak tercinta yang telah memberikan segala pengorbanannya selama penulis mengikuti dan menyelesaikan proses pendidikan.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis selama mengikuti dan menyelesaikan proses pendidikan.

Dalam penyusunan tesis ini tentunya masih ada kekurangan-kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik membangun dari pembaca untuk perbaikan dan kesempurnaan tesis ini. Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
RIWAYAT HIDUP .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
ABSTRAK .....	xiii
ABSTRACT .....	iv
 BAB I. PENDAHULUAN .....	 1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	6
C. Keaslian Penelitian .....	7
D. Manfaat penelitian .....	8
E. Tujuan Penelitian .....	8
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....	 11
A. Sejarah Perkembangan Penyakit Kusta di Indonesia .....	11
B. Penyakit Kusta .....	12
C. Usaha Kesehatan sekolah .....	27
D. Perilaku .....	31
E. Landasan Teori .....	40
F. Kerangka Teori .....	45
 BAB III. METODA PENELITIAN .....	 47
A. Kerangka Konsep .....	47
B. Hipotesis Penelitian .....	48
C. Variabel Penelitian .....	48
D. Definisi Operasional .....	49
E. Jenis Penelitian .....	53
F. Proses Pengumpulan Data .....	54
G. Populasi dan Sampel .....	55
H. Teknik Pengambilan Sampel .....	56
I. Bahan atau Alat Penelitian .....	57
J. Prosedur Penelitian .....	57
K. Analisa Data .....	69

BAB IV. HASIL PENELITIAN .....	72
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	72
B. Karakteristik Responden .....	74
C. Pengetahuan Responden Mengenai Deteksi Dini Penderita Kusta..	76
D. Sikap Responden Terhadap Deteksi Dini Penderita Kusta .....	78
E. Praktik Responden Dalam Deteksi Dini Penderita Kusta .....	79
F. Peranan Petugas Kesehatan Dalam Deteksi Dini Penderita Kusta..	80
G. Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	81
H. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	82
I. Hubungan Antara Pendidikan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	83
J. Hubungan Antara Status Kepegawaian Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	84
K. Hubungan Antara Masa Kerja Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	85
L. Hubungan Antara Pendapatan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	86
M. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Sikap Deteksi Dini Penderita Kusta .....	87
N. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	88
O. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	89
P. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	90
Q. Hubungan Antara Karakteristik (Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kepegawaian, Masa Kerja, Pendapatan), Pengetahuan, Sikap Responden dan Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	92
BAB V. PEMBAHASAN .....	96
A. Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	96
B. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Sikap Deteksi Dini Penderita Kusta .....	103
C. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.....	104
D. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	106



E. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	108
F. Hubungan Antara Karakteristik (Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kepegawaian, Masa Kerja, Pendapatan), Pengetahuan, Sikap Responden dan Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	109
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan .....	111
B. Saran .....	113
DAFTAR PUSTAKA .....	115
LAMPIRAN - LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Skema Penemuan penderita Kusta .....	25
Tabel 3.1. Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan Tahap 2 .....	61
Tabel 3.2. Hasil Uji Validitas Variabel Sikap Tahap 2 .....	64
Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Variabel Praktik Tahap 2 .....	65
Tabel 3.4. Hasil Uji Validitas Variabel Peranan Petugas Kesehatan Tahap 2. ....	67
Tabel 4.1. Jumlah Guru UKS berdasarkan jenis kelamin .....	73
Tabel 4.2. Jumlah Guru yang pernah mendapatkan pelatihan UKS .....	74
Tabel 4.3. Distribusi Responden menurut karakteristik .....	76
Tabel 4.4. Distribusi Pengetahuan Responden mengenai Upaya Deteksi Dini Penderita kusta .....	77
Tabel 4.5. Distribusi Sikap Responden Terhadap Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta.....	78
Tabel 4.6. Distribusi Praktik Responden dalam Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta. ....	79
Tabel 4.7. Distribusi Peranan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta .....	80
Tabel 4.8. Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	82
Tabel 4.9. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	83
Tabel 4.10. Hubungan Antara Pendidikan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	84
Tabel 4.11. Hubungan Antara Status Kepegawaian Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	85
Tabel 4.12. Hubungan Antara Masa Kerja Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	96
Tabel 4.13. Hubungan Antara Pendapatan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	87
Tabel 4.14. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan sikap Deteksi Dini Penderita Kusta .....	88
Tabel 4.15. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	89
Tabel 4.16. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	90
Tabel.4.17. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta .....	91
Tabel 4.18. Rangkuman hasil uji Chi Square antar variabel .....	91
Tabel 4.19. Regresi logistik .....	93

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Teori Perubahan Perilaku menurut Fishbein,M, and Ajzen (1975) .....	42
Gambar 2.2. Teori Perubahan Perilaku menurut Green, L.W, & Kreuter (1991). ....	44
Gambar 2.3. Teori modifikasi Fishbein,M., and Ajzen (1975) dan teori Green, L.W, & Kreuter, M.W. (1991) .....	46
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian .....	47

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Kuesioner Penelitian
2. Identitas Responden Berdasarkan Hasil penelitian
3. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Hasil Penelitian
4. Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas
5. Hasil Analisis Univariat, Bivariat dan Multivariat

## ABSTRAK

Warijan

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Guru UKS Dalam Deteksi Dini Penderita Kusta Pada Anak Sekolah Dasar Di Kabupaten Blora

xiv + 117 + 24 tabel + 4 gambar + 5 Lampiran

Prevalensi penyakit kusta di dunia tahun 1998 : Indonesia berada pada peringkat 3 di bawah India dan Brasil. Tahun 2002 masih ada 12 Provinsi dan 111 Kabupaten yang angka prevalensinya di atas 1/10.000 penduduk. Data kusta tahun 2000-2002 menunjukkan bahwa Kabupaten Blora masih menduduki peringkat 10 besar Kabupaten di Jawa Tengah dengan angka prevalensi >1/10.000 penduduk dan proporsi kasus kusta pada anak >1%. Namun proporsi kusta pada anak ini tidak menggambarkan angka yang sebenarnya karena pada tahun 2000-2002 tidak ada *school survey* di Kabupaten Blora. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui keterlibatan guru UKS SD dalam deteksi dini penderita kusta. Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak Sekolah Dasar di Kabupaten Blora

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research*, dengan metoda penelitian *survey sample* dan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh guru UKS SD di Kabupaten Blora sebanyak 712 orang. Sampel penelitian berjumlah 88 orang, dipilih dengan pendekatan *simple random sampling*. Data diperoleh dengan cara wawancara menggunakan kuesioner dan dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariate.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,04, dan peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini kusta dengan p value = 0,05. Secara bersama-sama variabel pendapatan dengan p value 0,04 dan variabel sikap dengan p value = 0,05 mempunyai hubungan yang signifikan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value  $\leq$  0,05). Sedangkan variabel peranan petugas kesehatan dengan p value = 0,06 tidak berhubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value > 0,05). Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta adalah pendapatan responden dengan p value = 0,04.

Kata Kunci: deteksi dini, guru UKS, kusta.

Kepustakaan: 36 (1975 – 2004)

## ABSTRACT

Warijan

Factors That Correlate With Health School Program (UKS) Teachers' Behaviors in the Effort of Early Detection of Leprosy Clients in Elementary School Students in Blora Regency.

xiv + 117 + 24 tables + 4 pictures + 5 attachments

The prevalence of Leprosy in the world, in 1998: Indonesia was placed in the big three after India and Brazil. In 2002, there were still 12 provinces and 111 regencies which the prevalence of Leprosy was over of 1/10.000 people. Furthermore, data of Leprosy from 2000-2002 showed that Blora Regency was still placed in the big 10 among other Regencies in Central Java with prevalence >1/10.000 people and proportion of Leprosy among children was >1%. However, the proportion of Leprosy among children may be false as between the year of 2000-2002 there was no school survey done. Because of that, it was important to study the involvement of Health School Program teachers in the effort of early detection of Leprosy clients. The study objective was to search factors that correlate with health school program (UKS) teachers' behaviors in the effort of early detection of leprosy clients in elementary school students in Blora Regency.

This study was an explanatory research that employed survey sample method and cross sectional technique. The study population was all Health School Program (UKS) Teachers in Blora Regency with the number of 712. The number of 88 samples was recruited from population using simple random sampling technique. The data were collected by interviewing using Questionnaires and analyzed by means of univariate, bivariate and multivariate.

The result of this study showed that there was a significant correlation between teachers' salaries and the practice of early detection of Leprosy clients with p value = 0.04, between the role of health workers and the practice of early detection of Leprosy clients with p value = 0.05. Together, variable salary with p value = 0.04 and variable attitude with p value = 0.05 had a significant correlation with the practice of early detection of Leprosy clients (p value  $\leq$  0.05). Otherwise, the variable of the role of health workers with p value = 0.06 had no correlation with early detection of Leprosy clients (p value > 0.05). The most dominant factor that correlates with early diagnosis of Leprosy clients was salary of the samples with p value = 0.04.

Key words: early detection, Leprosy, Health School Program teachers

Reference: 36 (1975 – 2004)

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Prevalensi penyakit kusta di dunia pada tahun 1998 untuk 10 negara dengan jumlah penderita terdaftar terbesar adalah sebagai berikut : India 527.344 orang ; Brasil 72.953 orang ; Indonesia 29.225 orang ; Burma 13.581 orang ; Bangladesh 13.248 orang ; Nigeria 12.878 orang ; Nepal 12.540 orang ; Muzambique 11.072 orang ; Madagaskar 11.005 orang dan Philipina 8.749 orang (Depkes RI, 2004). Dengan posisi Indonesia yang masih menduduki urutan ketiga dunia, maka sampai saat ini penyakit kusta masih menjadi masalah nasional yang membutuhkan penanganan bersama dalam waktu yang cukup lama.

Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara-negara sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat. (Depkes RI, 1996).

Penyakit kusta di Indonesia dalam kurun waktu 10 tahun (1991 – 2001) jumlah penderita telah dapat diturunkan secara drastis dari lebih 100.000 (107.271) penderita menjadi kurang dari seperenamnya (17.137) penderita pada Desember 2001. Lebih dari separuh penderita terdaftar (72,25%) berada di Jawa Timur, Jawa Barat, Sulawesi selatan, Jawa Tengah, Irian Jaya dan DKI Jaya. Sampai tahun 2001 jumlah penderita baru yang diketemukan sebanyak 14.061

dan total jumlah penderita yang telah disembuhkan selama program sebanyak 272.252 orang. Suatu kenyataan kusta tersebar di Indonesia secara tidak merata dengan angka penderita terdaftar (*PR-Prevalensi Rate*)nya sangat bervariasi menurut Provinsi dan Kabupaten. Secara Nasional Indonesia telah mencapai eliminasi sejak pertengahan tahun 2000. Namun untuk tingkat provinsi dan kabupaten sampai akhir tahun 2002 masih ada 12 provinsi dan 111 kabupaten yang angka prevalensinya masih di atas 1 per 10.000 penduduk. (Sujudi, 2003).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, (2003), di Jawa Tengah prevalensi kusta pada akhir tahun 2002 rata-rata 0,48/10.000 penduduk tetapi masih ada 8 kabupaten dengan prevalensi  $> 1/10.000$  penduduk yaitu Kota Pekalongan, Kabupaten Rembang, Kudus, Blora, Pati, Tegal, Demak dan Pekalongan. Pada akhir tahun 2002 di Jawa Tengah ditemukan penderita baru sebanyak 968 orang dengan proporsi cacat tingkat 2 sebesar 8,9%. Sedangkan penderita yang dinyatakan *Release From treatment* (RFT) pada tahun 2002 sebanyak 1.388 orang.

Di Kabupaten Blora kegiatan untuk penemuan penderita baru kusta dilakukan dengan cara sukarela yaitu penderita datang sendiri ke Puskesmas, melalui survei kontak, *school survey* dan *chase survey*. Dengan kegiatan penemuan penderita baru kusta sedini mungkin maka dapat dilakukan upaya untuk mencegah timbulnya komplikasi yang mungkin terjadi. Dari 26 Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan, hampir semua Puskesmas terdapat penderita.



kusta, kecuali Puskesmas Gondoriyo dan Puskesmas Kapuan yang tidak ada penderita kusta. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora tahun 2000, 2001 dan 2002, menunjukkan bahwa proporsi penemuan penderita baru tahun 2000 secara sukarela sebesar 64 %, survei kontak sebesar 31 %, *school survey* sebesar 1 % dan *chase survey* sebesar 4 %. Tahun 2001 secara sukarela sebesar 78 %, survei kontak sebesar 13 %, *school survey* sebesar 0 % dan *chase survey* sebesar 9 %. Tahun 2002 secara sukarela sebesar 75 %, survei kontak sebesar 15 %, *school survey* sebesar 0 % dan *chase survey* sebesar 10 %. Data di atas menunjukkan bahwa tahun 2000, 2001, dan 2002 proporsi penemuan kasus baru melalui *chase survey* mengalami peningkatan. Sedangkan proporsi penemuan kasus baru melalui *school survey* tahun 2001 dan 2002 hasilnya sebesar 0 %. Angka ini bukan berarti tidak ditemukan penderita baru pada usia anak SD, tetapi karena *school survey* sudah tidak dilakukan lagi karena tidak ada proyek untuk kegiatan tersebut.

*Prevalensi* kusta yang terdaftar di kabupaten Blora tahun 2000 adalah sebesar 1,63 per 10.000 penduduk, tahun 2001 sebesar 1,52 per 10.000 penduduk dan tahun 2002 sebesar 1,44 per 10.000 penduduk. Walaupun mengalami penurunan *prevalensi*, namun apabila dibandingkan dengan kabupaten lain yang sebagian besar angka *prevalensi* kusta di bawah 1 per 10.000 penduduk, Blora termasuk cukup tinggi *prevalensinya*. Penemuan penderita baru tahun 2000 sebanyak 70 orang yang terdiri dari tipe *Pausi Basiler* (PB) sejumlah 14 orang dan *Multi Basiler* (MB) sejumlah 56 orang, tahun 2001 sebanyak 74 orang yang

terdiri dari tipe *Pausi Basiler* (PB) sejumlah 9 orang dan *Multi Basiler* (MB) sejumlah 65 orang, dan tahun 2002 sebanyak 71 orang yang terdiri dari tipe *Pausi Basiler* (PB) sejumlah 7 orang dan *Multi Basiler* (MB) sejumlah 64 orang. Dari data di atas, dapat dikatakan Kabupaten Blora termasuk dalam 10 besar Kabupaten yang mempunyai penderita kusta di wilayah Jawa Tengah dengan prevalensi lebih dari 1 per 10.000 penduduk. Data lain yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora tahun 2003 adalah proporsi cacat tingkat 2 tahun 2000 sebesar 12,86 %, tahun 2001 sebesar 16,22 % dan tahun 2002 sebesar 22,54 %. Proporsi kasus anak tahun 2000 sebesar 12,66 %, tahun 2001 5,41 % dan tahun 2002 sebesar 1,41 %. Proporsi tipe MB tahun 2000 sebesar 80 %, tahun 2001 sebesar 87,84 % dan tahun 2002 sebesar 90,14 %. Gambaran tersebut memperlihatkan bahwa proporsi cacat tingkat 2 dan proporsi tipe MB mengalami peningkatan. Sedangkan proporsi kasus kusta pada anak mengalami penurunan tetapi masih di atas 1 %.

Sehubungan tipe MB termasuk tipe yang sangat menular, maka dengan banyak ditemukan tipe MB di Kabupaten Blora dimungkinkan banyak terjadi penularan di masyarakat terutama pada anak sekolah yang sampai saat ini belum terdeteksi.

Sejalan dengan uraian di atas maka Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat pada anak usia sekolah, sangat penting untuk diperhatikan.

Guru UKS merupakan ujung tombak pelaksanaan pendidikan kesehatan di sekolah. Dalam rangka mengembangkan dan meningkatkan UKS, telah dilaksanakan penataran UKS bagi guru sebagai bagian dari pendelegasian wewenang kesehatan di setiap sekolah (Depkes RI, 1995).

Praktik Guru UKS dalam pelayanan kesehatan di sekolah dilaksanakan dengan kegiatan yang bersifat komprehensif (terpadu dan menyeluruh), meliputi kegiatan :

1. *Promotive* (peningkatan kesehatan).
2. *Preventive* (pencegahan).
3. *Curative* (penyembuhan) dan *Rehabilitatif* (pemulihan)

Kegiatan *preventif* (pencegahan) berupa kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan rantai penularan penyakit, dan kegiatan penghentian proses penyakit pada tahap dini sebelum timbul kelainan. Salah satu kegiatan yang termasuk di dalamnya adalah pencegahan tahap dini pada penderita kusta.

Mengingat *school survey* yang dilakukan oleh petugas kusta Dinas Kesehatan Kabupaten Blora sejak tahun 2001 tidak dilaksanakan, maka keterlibatan guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak SD perlu ditingkatkan. Dengan penemuan penderita (*Case Finding*) kusta sedini mungkin khususnya pada anak SD, maka diharapkan proporsi cacat tingkat dua dapat ditekan serendah mungkin.

Atas dasar hal tersebut di atas maka perlu diteliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku Guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, dapat dicermati bahwa selama 3 tahun berturut-turut yaitu tahun 2000, 2001 dan 2002, jumlah penderita kusta dengan proporsi tipe MB mengalami peningkatan, proporsi cacat tingkat 2 juga mengalami peningkatan dan untuk proporsi kasus anak mengalami penurunan tetapi masih di atas 1 %. Sedangkan proporsi penemuan kasus baru melalui *school survey* tahun 2001 dan 2002 tidak dilakukan lagi karena tidak ada proyek untuk kegiatan tersebut.

Masalah lain yang perlu diperhatikan adalah meskipun *school survey* sudah tidak dilakukan lagi, namun keterlibatan guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak SD masih sangat diperlukan. Dengan penemuan penderita (*Case Finding*) kusta sedini mungkin khususnya pada anak SD, maka proporsi cacat tingkat 2 dapat ditekan serendah mungkin.

Dari uraian tersebut di atas, maka dalam penelitian ini perumusan masalahnya adalah sebagai berikut : Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku guru UKS dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di kabupaten Blora.

### C. Keaslian Penelitian

Sepengetahuan penulis penelitian yang berhubungan dengan penyakit kusta sudah banyak yang melakukan antara lain :

1. Penelitian Muhadi, (1999), yang meneliti tentang kaitan karakteristik petugas pelaksana pemberantasan penyakit kusta terhadap hasil kegiatan pencegahan cacat dan karakteristik penderita kusta di Kabupaten Dati II Pati. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada kaitan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tipe kusta pada penderita dengan hasil pelaksanaan pencegahan cacat penderita di puskesmas.
2. Penelitian Sofiarini, (2002), yang meneliti tentang pengetahuan sikap dan peran keluarga dalam upaya penyembuhan penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pengetahuannya tentang penyakit kusta rendah. Sedangkan sikapnya menunjukkan kurang setuju bila penderita kusta dilakukan pengobatan alternatif. Adapun bentuk peran keluarga dalam upaya penyembuhan penderita kusta, berupa bantuan materi untuk biaya hidup dan kesempatan untuk beraktifitas sosial.
3. Penelitian Ratnawati, (2003), yang meneliti tentang hubungan persepsi mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepatuhan berobat pasien kusta di Puskesmas Kabupaten Blora, dengan hasil ada hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepatuhan berobat pasien kusta di Puskesmas Kabupaten Blora

Adapun penelitian yang akan dilakukan adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku guru UKS dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Blora khususnya Seksi pencegahan penyakit menular, dapat dijadikan sebagai masukan dalam membuat rencana meningkatkan keterlibatan guru UKS dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di kabupaten Blora.
2. Bagi unit Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Blora, dapat dipergunakan sebagai bahan informasi dan evaluasi kegiatan upaya deteksi dini penderita kusta di wilayah kerjanya.
3. Bagi guru UKS, bermanfaat untuk menambah pengetahuan dan selanjutnya ikut berpartisipasi aktif dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
4. Bagi peneliti, penelitian ini merupakan wahana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh dan memperluas cakrawala pengetahuan di bidang penelitian.

#### **E. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku guru UKS dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan) guru UKS SD di Kabupaten Blora.
- b. Mengetahui pengetahuan guru UKS mengenai upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- c. Mengetahui sikap guru UKS terhadap upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- d. Mengetahui praktik guru UKS dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- e. Untuk mengetahui peranan petugas kesehatan dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora..
- f. Mengetahui hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan) guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- g. Mengetahui hubungan pengetahuan guru UKS dengan sikap deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- h. Mengetahui hubungan pengetahuan guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- i. Mengetahui hubungan sikap guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

- j. Mengetahui hubungan peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
- k. Menganalisis faktor yang paling dominan dalam praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang : A. Sejarah perkembangan penyakit kusta di Indonesia, B. Penyakit kusta yang meliputi : definisi penyakit kusta, penyebab penyakit kusta, masa tunas penyakit kusta, klasifikasi penyakit kusta, Cara penularan penyakit kusta, pemeriksaan klinis penderita kusta, penemuan penderita kusta, dan diagnosis (deteksi dini) penderita kusta. C. Usaha kesehatan sekolah yang meliputi : pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah yang sehat. D. Perilaku yang meliputi : pengetahuan, sikap, praktik (tindakan), dan hubungan pengetahuan sikap dan praktik. E. Landasan teori yang meliputi : perilaku menurut Fishbein-Ajzen, dan perilaku menurut Lawrence Green. F. Kerangka teori.

#### **A. Sejarah Perkembangan Penyakit Kusta di Indonesia**

Pada tahun 1928 JB. Sitanala merintis usaha pemberantasan penyakit kusta di Indonesia berdasar atas : (a) perawatan penderita, yaitu perawatan penderita di rumah sendiri dan (b) pencegahan penularan, yaitu penderita diminta berobat pada Balai Pengobatan Umum/ Pembantu.

Tahun 1932 pengasingan paksa di leprosarium dihapuskan oleh JB. Sitanala. Tiga tahun kemudian yakni pada tahun 1935 didirikan Balai Pengobatan Kusta. Selama 2 tahun mengalami peningkatan yaitu tahun 1937 bertambah menjadi 29 Balai Pengobatan Kusta dan setiap 3 Balai Pengobatan dikepalai oleh seorang

dokter. Berdasarkan hasil survey JB. Sitanala pada tahun 1939, jumlah penderita kusta adalah 17.425 orang (saat itu jumlah penduduk Indonesia 60.731.025) dengan prevalensi 0,3 %

Kebijakan pemerintah Jepang tahun 1943 Pusat Pemberantasan Penyakit Kusta dipindahkan dari Semarang ke Jakarta. Tahun 1965 Lembaga Penyelidikan Pemberantasan Penyakit Kusta disatukan dengan Dinas Penanggulangan Penyakit Kusta di bawah Direktorat Jendral Pencegahan Pemberantasan dan Pembasmian Penyakit Menular.

Selanjutnya pada tahun 1969 pemberantasan penyakit kusta mulai diintegrasikan di Puskesmas, dan sejak tahun 1982 Indonesia mulai menggunakan obat kombinasi *Multidrug Therapy* (MDT) dalam program pemberantasan penyakit kusta sesuai dengan rekomendasi *World Health Organization* (WHO).

## **B. Penyakit Kusta.**

### **1. Definisi Penyakit Kusta**

Penyakit Kusta adalah penyakit menular menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya (Depkes RI, 1996).

## 2. Penyebab Penyakit Kusta

Penyebab penyakit kusta adalah kuman kusta, yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 – 8 mic, lebar 0,2 – 0,5 mic, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (Depkes RI, 1996).

## 3. Masa Tunas Penyakit kusta

Masa belah dari kuman kusta memerlukan waktu yang sangat lama dibandingkan dengan kuman lain, yaitu 12 – 21 hari. Hal ini merupakan salah satu penyebab masa tunas yang lama yaitu rata-rata 2-5 tahun (Depkes RI, 1996).

## 4. Klasifikasi Penyakit Kusta

Klasifikasi penyakit kusta bertujuan untuk menentukan regimen pengobatan dan perencanaan operasional. Untuk keperluan pengobatan kombinasi atau *Multidrug Therapy* (MDT) yaitu menggunakan gabungan *rifampicin*, *lamprene* dan *diamino diphenyl sulphone* (DDS), maka penyakit kusta di Indonesia diklasifikasikan menjadi 2 tipe yaitu : (a) Tipe *Pausi Basiler* (PB) dan (b) Tipe *Multi Basiler* (MB). Sedangkan untuk menentukan klasifikasi tipe PB dan tipe MB didasarkan pada tanda-tanda klinis sebagai berikut :

**a. Tipe *Pausi Basiler* (PB)**

- 1). Jumlah makula (bercak) : 1-6, ukuran kecil dan besar, distribusi unilateral atau bilateral asimetris, konsistensi kering dan kasar, berbatas tegas, hilang rasa pada bercak selalu ada dan jelas, bercak tidak berkerengat, ada bulu rontok pada bercak.
- 2). Infiltrat : Tidak ada.
- 3). Nodulus : Tidak ada.
- 4). Penebalan syaraf tepi : Lebih sering terjadi dini.
- 5). Deformitas (cacat) : Biasanya asimetris dan terjadi pada stadium dini.
- 6). Apusan : BTA negatif.
- 7). Ciri-ciri khusus : "*Central healing*" atau penyembuhan di tengah.

**b. Tipe *Multi Basiler* (MB)**

- 1). Jumlah makula (bercak) : Banyak, ukuran kecil-kecil, distribusi bilateral atau simetris, konsistensi halus dan berkilat, batas kurang tegas, hilang rasa pada bercak tidak jelas, bercak masih berkerengat, bulu tidak rontok.
- 2). Infiltrat : Ada, tetapi kadang-kadang tidak ada.

- 3). Nodulus : Kadang-kadang ada.
- 4). Penebalan syaraf tepi : Terjadi pada stadium lanjut, biasanya lebih dari satu dan simetris.
- 5). Deformitas (cacat) : Terjadi pada stadium lanjut.
- 6). Apusan : BTA positif.
- 7). Ciri-ciri khusus : *Punchel out lesion, madarosis, ginekomastia, hidung pelana, suara sengau.*

## 5. Cara Penularan Penyakit Kusta

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe *Multi Basiler* (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.

Timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah dan tidak perlu ditakuti tergantung dari beberapa faktor, antara lain :

### a. Faktor sumber penularan.

Sumber penularan adalah penderita MB saja. Penderita inipun tidak akan menularkan apabila berobat teratur.

### b. Faktor kuman kusta.

Kuman kusta hidup diluar tubuh manusia hanya dapat hidup antara 1-9 hari tergantung pada suhu atau cuaca, dan diketahui hanya kuman kusta yang utuh (*solid*) saja yang dapat menimbulkan penularan.

c. Faktor daya tahan tubuh

Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta (95%). Dari hasil penelitian menunjukkan gambaran sebagai berikut :

Dari 100 orang yang terpapar 95 orang tidak menjadi sakit, 3 orang sembuh sendiri tanpa diobati, 2 orang menjadi sakit, hal ini belum lagi memperhitungkan pengaruh pengobatan .

**6. Pemeriksaan Klinis Penderita Kusta**

Selain dari anamnese, pemeriksaan klinis yang teliti dan lengkap adalah sangat penting dalam menegakkan diagnosa kusta. Pemeriksaan klinis dilakukan dengan cara pemeriksaan kulit.

**a. Persiapan**

1). Tempat

Tempat pemeriksaan harus cukup terang, sebaiknya di luar rumah tidak boleh langsung di bawah sinar matahari.

2). Waktu Pemeriksaan

Pemeriksaan diadakan pada siang hari (menggunakan penerangan sinar matahari).

3). Yang diperiksa

Diberikan penjelasan kepada yang akan diperiksa dan keluarganya tentang cara pemeriksaan. Anak-anak cukup memakai celana pendek,

sedangkan orang dewasa (laki-laki dan wanita) memakai kain sarung tanpa baju.

#### **b. Pelaksanaan Pemeriksaan**

Pelaksanaan pemeriksaan terdiri dari :

##### **1). Pemeriksaan pandang.**

Tahap Pemeriksaan :

- a). Pemeriksaan dimulai dengan orang yang diperiksa berhadapan dengan petugas dan dimulai dari kepala (muka, cuping telinga kiri, pipi kiri, cuping telinga kanan, pipi kanan, hidung, mulut, dagu, leher bagian depan). Penderita diminta untuk memejamkan mata, menggerakkan mulut, bersiul dan tertawa untuk mengetahui fungsi syaraf di muka. Semua kelainan kulit diperhatikan.
- b). Pundak kanan, lengan bagian belakang, tangan, jari-jari tangan (penderita meluruskan tangan, telapak tangan ke bawah, kemudian diputar ke atas), telapak tangan, lengan bagian dalam, ketiak, dada dan perut ke pundak kiri, lengan kiri, dan seterusnya (putarlah penderita pelan-pelan dari sisi yang satu ke sisi yang lainnya untuk melihat sampingnya pada waktu memeriksa dada dan perut).
- c). Tungkai kanan bagian luar dari atas ke bawah, bagian dalam dari bawah ke atas, tungkai kiri dengan cara yang sama.

d). Yang diperiksa kini diputar sehingga membelakangi petugas dan pemeriksaan dimulai lagi.

e). Dari bagian belakang telinga, bagian belakang leher, punggung, pantat, tungkai bagian belakang dan telapak kaki.

Perhatikan setiap bercak (makula), bintil-bintil (*nodulus*), jaringan parut, kulit yang keriput dan setiap penebalan kulit. Bilamana meragukan, putarlah penderita pelan-pelan dan periksa pada jarak kira-kira 1 atau 2 meter. Bilamana ditemukan tanda-tanda catatlah jumlahnya, besarnya dan tempatnya di kartu penderita.

## 2). Pemeriksaan Rasa Raba Pada kelainan kulit

Pemeriksaan terhadap anestesi

Sepotong kapas yang dilancipkan dipakai untuk memeriksa rasa raba. Periksalah dengan ujung dari kapas yang dilancipi secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai. Yang diperiksa harus duduk pada waktu pemeriksaan. Terlebih dahulu petugas menerangkan bahwa bilamana merasa tersentuh bagian tubuhnya dengan kapas, ia harus menunjuk kulit yang disinggung dengan jari telunjuk. Ini dikerjakan dengan mata terbuka. Bilamana hal ini telah jelas, maka ia diminta menutup matanya, kalau perlu matanya ditutup dengan sepotong kain/karton. Tanda-tanda di kulit dan bagian-bagian kulit lainnya yang dicurigai diperiksa perasaannya. Anestesi pada telapak tangan dan kaki kurang tepat diperiksa dengan kapas, gunakan bolpoin.



### 3). Pemeriksaan Raba Syaraf Tepi dan Fungsinya

Raba dengan teliti urat syaraf tepi berikut *nervus auricularis magnus*, *nervus ulnaris*, *nervus radialis*, *nervus medianus*, *nervus popliteus*, dan *nervus tibialis posterior*. Petugas harus mencatat apakah syaraf tersebut nyeri tekan atau tidak dan menebal atau tidak. Ia harus memperhatikan raut muka penderita apakah ia kesakitan atau tidak pada waktu syaraf diraba.

## 7. Penemuan Penderita Kusta

### a. Penemuan Penderita Secara Pasif (Sukarela)

Penemuan penderita yang dilakukan terhadap orang yang belum pernah berobat kusta yang datang sendiri atau saran orang lain ke Puskesmas/ sarana kesehatan lainnya. Penderita ini biasanya sudah dalam stadium lanjut.

Faktor-faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke Puskesmas/ sarana kesehatan lainnya :

- 1). Tidak mengerti tanda dini kusta.
- 2). Malu datang ke Puskesmas.
- 3). Adanya Puskesmas yang belum siap.
- 4). Tidak tahu bahwa ada obat tersedia cuma-cuma di Puskesmas.
- 5). Jarak penderita ke Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.

**b. Penemuan Secara Aktif.**

Penemuan penderita secara aktif dapat dilaksanakan dengan beberapa kegiatan :

1). Pemeriksaan kontak serumah (survai kontak).

a). Tujuan :

(1). Mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada dan belum berobat (*index case*).

(2). Mencari penderita baru yang mungkin ada.

b). Sasaran :

Pemeriksaan ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita.

c). Frekwensi Pemeriksaan :

Pemeriksaan dilaksanakan minimal 1 tahun sekali dimulai pada saat anggota keluarga dinyatakan sakit kusta pertama kali dan perhatian khusus ditujukan pada kontak tipe MB.

d). Pelaksanaan :

(1). Membawa kartu kuning (kartu penderita), dari penderita yang sudah dicatat dan membawa kartu penderita kosong.

(2). Mendatangi rumah penderita dan memeriksa semua anggota keluarga penderita yang tercatat dalam kolom yang tersedia pada kartu kuning.

- (3). Bila ditemukan penderita baru dari pemeriksaan itu maka dibuatkan kartu baru dan dicatat sebagai penderita baru.
  - (4). Memberikan penyuluhan kepada penderita dan semua anggota keluarga.
  - (5). Hasil pemeriksaan kontak dicatat pada "Pencatatan Harian Penemuan Penderita"
- 2). Pemeriksaan anak sekolah SD/Taman Kanak-kanak atau sederajat disebut survai sekolah.
- a). Tujuan :
    - (1). Mendapatkan kasus baru secara dini.
    - (2). Memberikan penyuluhan pada murid dan guru.
  - b). Sasaran :
    - (1). Semua anak SD dan sederajat.
    - (2). Taman kanak-kanak.
  - c). Frekwensi Pemeriksaan :

Pemeriksaan anak sekolah dilaksanakan 2 tahun 1 kali.
  - d). Pelaksanaan Pemeriksaan :

Untuk melakukan survai sekolah ini perlu dibina kerjasama dengan UKS dan guru-guru sekolah. Perlu diberikan penyuluhan kesehatan terlebih dahulu kepada murid-murid bertempat di lapangan upacara atau di dalam satu ruangan yang cukup besar bila mungkin. Sesudah pemeriksaan murid-murid kelas demi kelas

mulai dari kelas 1 dan akhirnya kelas 6, maka diadakan penyuluhan kesehatan kepada guru-guru bertempat di kantor guru atau ruangan lainnya. Pada pemeriksaan murid tersebut, bila ada yang dicurigai kusta, dirujuk ke Puskesmas untuk pemeriksaan lebih lanjut.

### 3). "*Chase Survey*"

Maksud dari survei ini adalah mencari penderita baru dalam suatu lingkungan kecil misalnya desa atau kelurahan sambil membina partisipasi masyarakat.

#### a). Tujuan :

- (1). Mencari penderita baru dalam lingkup kecil.
- (2). Membina partisipasi masyarakat.

#### b). Sasaran : desa / kelurahan

#### c). Frekwensi : satu kali setahun

#### d). Pelaksanaan :

##### (1). Persiapan

Pimpinan puskesmas membicarakan rencana akan mengadakan "*chase survey*" dengan Kepala Desa atau memberitahukan dengan mengirim surat melalui Camat untuk menentukan tanggal pelaksanaannya, sebaiknya diadakan bersamaan dengan pertemuan bulanan desa atau kegiatan lain.

- (a). Pengadaan formulir tersangka penderita sebanyak mungkin.
- (b). Kepala desa mengingatkan Camat untuk hadir dan memberikan pengarahan pada tanggal yang telah ditetapkan.
- (c). Kepala desa membuat pengumuman kepada masyarakat dan membina pemuka-pemuka masyarakat untuk hadir pada tanggal yang telah ditetapkan.

(2). Pelaksanaan

Pertemuan (penyuluhan kesehatan) diadakan sesuai dengan tanggal yang telah ditetapkan dan dipimpin oleh kepala desa dengan susunan acara sebagai berikut:

- (a). Ucapan selamat datang, penjelasan maksud dan tujuan pertemuan oleh Kepala Desa.
- (b). Sambutan dan pengarahan Camat.
- (c). Penjelasan tanda-tanda dini penyakit kusta, program pemberantasannya oleh Dokter Puskesmas.
- (d). Tanya jawab.
- (e). Pembagian formulir kepada peserta pertemuan dan seterusnya dibagikan kepada masyarakat.
- (f). Penetapan pengiriman paling lambat 2 minggu setelah pertemuan.

Sesudah beberapa hari kemudian, sesuai dengan waktu yang ditetapkan maka diadakan pemeriksaan terhadap suspek. Bila ditemukan penderita baru dibuatkan kartu dan diberi pengobatan serta penyuluhan kesehatan yang lebih dalam terhadap penyakitnya. Kartu penderita diisi dengan lengkap. Bilamana dari suspek yang tercatat belum dapat diperiksa oleh petugas kesehatan, maka nama suspek tersebut dicatat oleh petugas kesehatan dan direncanakan akan diperiksa di Puskesmas. Bilamana dari suspek yang tercatat belum dapat diperiksa oleh semua petugas kesehatan pada hari yang ditetapkan diusahakan dapat diperiksa dalam kurun waktu 3 bulan setelah pertemuan. Catatan : Bila memungkinkan *Chase Survey* seperti tersebut di atas dapat dikembangkan sebagai berikut : Pada waktu penyerahan formulir kepada peserta pertemuan dapat disertai dengan brosur dan kuesioner mengenai tanda-tanda dini kusta. Formulir, brosur, kuesioner, diberikan sebanyak mungkin kepada peserta untuk seterusnya disebar luaskan kepada masyarakat sekitarnya. Hasil kuesioner dikembalikan melalui Kepala Desa bentuk diperiksa dan dinilai sesuai dengan waktu tersebut di atas.

#### 4). Survei Khusus

##### a). Survei Fokus :

Dilakukan pada satu lingkup kecil (RT), dimana proporsi penderita baru MB minimal 60% dan penderita usia muda cukup tinggi.

Caranya : terlebih dahulu didaftarkan nama penduduk RT menurut keluarga, mulai dari kepala keluarga kemudian diperiksa rumah demi rumah, yang tidak ada dicari untuk diperiksa. Survei fokus ini dilakukan satu kali saja kalau perlu diulang di tahun-tahun kemudian.

b). *Random Sample Survey (Survey Prevalensi)*

Survei ini dilakukan sesuai perencanaan dan petunjuk dari pusat sesudah diadakan "set-up" secara statistik oleh ahli statistik WHO atau yang ditunjuk Depkes. Survei ini dilaksanakan dengan tim yang tetap dan dipimpin oleh seorang dokter yang telah berpengalaman di bidang kusta.

**Tabel 2.1 : Skema Penemuan Penderita Kusta**

Jenis Kegiatan	Frekwensi	Target
Pemeriksaan Kontak	1 x setahun	Kontak serumah dari semua penderita yang terdaftar setiap 1 penderita diperhitungkan ada 5 kontak. Kemampuan seorang petugas: untuk Jawa & Bali 25 kontak/hari, luar Jawa 15 kontak/hari.
Pemeriksaan anak sekolah dasar/ sederajat	Diperiksa 1 kali/ 2 tahun	Semua sekolah (terutama SD/TK) dari desa yang ada penderitanya. Kemampuan seorang petugas Untuk Jawa & Bali 300 anak/hari. Luar Jawa & Bali 150 anak/hari.

<i>Chase Survey</i>	1 x setahun	Unit pelaksanaan adalah pelaksana desa atau bila mungkin kampung.
Survai Khusus	Menurut Kebutuhan	Menurut kebutuhan
Yang datang secara sukarela ke puskesmas	Sesuai dengan kerja Puskesmas	Semua kasus yang belum terdaftar.

### 8. Diagnosis (Deteksi Dini) Penderita Kusta.

Penyakit kusta dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan penyakit lain. Sebaliknya banyak penyakit lain dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan penyakit kusta. Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan untuk mendiagnosis (mendeteksi dini) penyakit kusta secara tepat dan membedakannya dengan berbagai penyakit yang lain agar tidak membuat kesalahan yang merugikan pasien.

Diagnosis (deteksi dini) penderita kusta didasarkan pada penemuan tanda kardinal (tanda utama), yaitu :

a. Bercak kulit yang mati rasa.

Bercak *hipopigmentasi* atau *eritematosa*, mendatar (makula) atau meninggi (plak). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa raba, rasa suhu, dan rasa nyeri.

b. Penebalan saraf tepi

Dapat disertai rasa nyeri dan dapat juga disertai atau tanpa gangguan fungsi saraf yang terkena, yaitu:

1. Gangguan fungsi sensoris: mati rasa.



2. Gangguan fungsi motoris : *paresis atau paralysis*.

3. Gangguan fungsi otonom: kulit kering, retak, edema, pertumbuhan rambut yang terganggu.

c. Ditemukan kuman tahan asam

Bahan pemeriksaan adalah hapusan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif. Kadang-kadang bahan diperoleh biopsi kulit atau saraf.

Untuk menegakkan diagnosis penyakit kusta, paling sedikit harus ditemukan satu tanda kardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, maka kita hanya dapat mengatakan tersangka kusta dan pasien perlu diamati diperiksa ulang setelah 3-6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan, (Tjokronegoro, 2003).

### C. Usaha Kesehatan Sekolah

Usaha kesehatan sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektoral dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak sekolah yang ada di sekolah dan perguruan agama.

Ditinjau dari pembangunan di bidang kesehatan, UKS ialah salah satu strategi untuk mencapai kemandirian anak usia sekolah dalam mengatasi masalah kesehatan dan menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan, yang selanjutnya akan menghasilkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Guru merupakan ujung tombak pelaksanaan pendidikan kesehatan di sekolah, dalam rangka mengembangkan UKS dan lebih meningkatkan UKS,

telah dilaksanakan penataran UKS bagi guru sebagai bagian dari pendelegasian wewenang di setiap sekolah. UKS diselenggarakan berupa paket program yang dikenal dengan istilah Trias UKS.

### **1. Pendidikan Kesehatan**

Dilaksanakan melalui :

#### **a. Kegiatan Intra-Kurikuler.**

Pelaksanaan pendidikan pada jam pelajaran yang sesuai dengan kurikulum yang berlaku untuk tingkat sekolah dasar sampai dengan tingkat sekolah menengah atas.

#### **b. Kegiatan Ekstra-Kurikuler.**

Kegiatan dilaksanakan di luar jam pelajaran biasa (termasuk pada waktu libur) yang dilakukan di Sekolah ataupun di luar sekolah, dengan tujuan antara lain untuk memperluas pengetahuan dan ketrampilan peserta didik di bidang kesehatan, dalam rangka pembinaan manusia Indonesia seutuhnya.

Kegiatan ekstra-kurikuler dilaksanakan antara lain berupa :

#### **1). Kegiatan oleh peserta didik atau guru UKS, seperti :**

##### **a). Kerja bakti sosial.**

##### **b). Lomba yang ada hubungannya dengan kesehatan.**

- c). Aktivitas kader kesehatan sekolah (dokter kecil), pramuka, Saka Bhakti Husada (SBH), piket sekolah, dan sebagainya.
- 2). Bimbingan hidup sehat.
- 3). Kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan ketrampilan dalam rangka pelayanan kesehatan.

## 2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan kegiatan yang bersifat komprehensif (terpadu dan menyeluruh), meliputi :

- a. Kegiatan peningkatan kesehatan (*Promotif*), yaitu penyuluhan kesehatan dan latihan ketrampilan dalam rangka pelayanan kesehatan.
- b. Kegiatan pencegahan (*preventif*), yaitu kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan rantai penularan penyakit, dan kegiatan penghentian proses penyakit pada tahap dini sebelum timbul kelainan.
- b. Kegiatan penyembuhan dan pemulihan (*curatif dan rehabilitatif*), yaitu kegiatan pencegahan komplikasi dan kecacatan akibat proses penyakit atau untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera/ cacat agar dapat berfungsi optimal.

### 3. Pembinaan Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat

Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat dilaksanakan dalam rangka menjadikan sekolah/ perguruan agama sebagai institusi pendidikan yang dapat menjamin berlangsungnya proses belajar mengajar yang mampu menumbuhkan kesadaran, sesanggupan dan ketrampilan peserta didik untuk menjalankan prinsip hidup sehat. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat mencakup :

- a. Kegiatan bina lingkungan fisik.
- b. Kegiatan bina lingkungan mental sosial, sehingga tercipta suasana dan hubungan kekeluargaan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah.

Pada intinya, UKS dilaksanakan atas dasar keterpaduan dua upaya, yakni upaya pendidikan dan upaya pembinaan kesehatan. Karena dalam penyelenggaraan upaya untuk membentuk perilaku hidup sehat ada hubungan interaksi, interrelasi dan interdependensi antara pendidikan dan pembinaan kesehatan.

Berkaitan dengan tugas guru UKS dalam melaksanakan program UKS (trias UKS), maka keterlibatan guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak Sekolah Dasar perlu ditingkatkan.

#### **D. Perilaku**

Ada beberapa macam teori tentang perilaku, antara lain menurut Solita (1993) dikatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan. Sedangkan Notoatmodjo (1993) mengatakan perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti: pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (1993) disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktik) yang dilakukan. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktik dapat dijelaskan sebagai berikut:

### **1. Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media masa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmodjo (1993) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.

### **2. Sikap**

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak (Notoatmodjo, 1993). Pengertian lain sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu serta merupakan respon evaluasi terhadap pengalaman kognitif, reaksi afeksi, kehendak dan perilaku masa lalu. Sikap akan mempengaruhi proses berfikir, respon afeksi, kehendak

dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluasi didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek (Zimbardo dan Leippe, 1991).

Mar'at (1982) mengatakan manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek-obyeknya. Dengan kata lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, dimana seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Sebelum orang mendapat informasi atau melihat obyek itu, tidak mungkin terbentuk sikap. Meskipun dikatakan mendahului tindakan, sikap belum tentu merupakan tindakan aktif tetapi merupakan predisposisi (mempermudah) untuk bertindak senang atau tidak senang terhadap obyek tertentu mencakup komponen kognisi, afeksi dan konasi.

a. Karakteristik sikap

Sikap merupakan respon evaluasi yang dapat berupa respon positif maupun negative. Sikap mempunyai karakteristik sebagai berikut :

- 1) Sikap mempunyai arah, artinya sikap akan menunjukkan apakah seseorang menyetujui atau tidak menyetujui, mendukung atau tidak mendukung. Seseorang yang mempunyai sikap mendukung terhadap

suatu obyek berarti mempunyai sikap yang berarah positif terhadap obyek tersebut, seseorang yang tidak memihak atau tidak mendukung suatu obyek berarti mempunyai sikap yang arahnya negatif terhadap obyek yang bersangkutan.

- 2) Intensitas, artinya kekuatan pada setiap orang belum tentu sama. Dua orang yang sama-sama sikap positif terhadap sesuatu mungkin tidak sama intensitasnya dalam arti yang satu bersikap positif akan tetapi yang lain bersikap lebih positif lagi dari pada yang pertama. Demikian juga sikap negatif derajat kekuatan yang bertingkat-tingkat. Tidak semua orang sama tidak sukanya sesuatu, begitu juga tidak semua orang sama sukanya pada sesuatu.
- 3) Keluasan, menunjuk pada luas tidaknya cakupan aspek obyek yang disetujui oleh seseorang. Seseorang dapat mempunyai sikap mengenal terhadap obyek secara menyeluruh, yaitu terhadap semua aspek yang ada pada obyek. Sebaliknya seseorang dapat mempunyai sikap mengenal terhadap sesuatu secara sempit yaitu mempunyai sikap positif yang hanya terbatas pada sebagian kecil saja yang menyangkut obyek tersebut.
- 4) Demikian pula dengan sikap tidak mengenal atau sikap negatif dapat berupa sikap yang luas cakupannya dalam arti meliputi sebagian besar atau semua aspek obyek dan dapat pula merupakan sikap negatif yang sangat terbatas hanya pada satu atau dua aspek saja.



- 5) Konsistensi, ditunjukkan oleh kesesuaian antara pernyataan sikap yang ditemukan oleh obyek dengan responnya terhadap obyek sikap. Konsistensi juga ditunjukkan oleh tidak adanya kebimbangan dalam bersikap. Seseorang dapat saja mempunyai sikap yang tidak konsisten apabila ia menyatakan pada sesuatu tetapi sekaligus juga tidak mendukung obyek sikap tersebut. Perlu dibedakan antara sikap yang tidak konsisten, dalam arti bahwa tidak ada kesesuaian respon sikap dalam diri individu, dengan sikap itu tidak memihak atau tidak dapat dikatakan sebagai mengenal maupun tidak mengenal, sedangkan sikap yang tidak konsisten tidaklah dapat disimpulkan artinya.
- 6) Spontanitas yaitu sejauh mana kesiapan subyek untuk menyatakan sikapnya secara spontan. Suatu sikap dikatakan mempunyai spontanitas yang tinggi apabila sikap dinyatakan tanpa perlu mengadakan pengungkapan atau desakan agar subyek menyatakan sikapnya.

b. Komponen Sikap

Menurut Azwar (1993) sikap terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu.

1) Komponen Kognitif (*cognitive*)

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai obyek sikap. Kepercayaan datang dari apa yang telah kita lihat atau apa yang telah kita ketahui. Berdasarkan apa yang kita lihat itu kemudian

berbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu obyek.

2) Komponen Afektif (*affective*)

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap sesuatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

3) Komponen Perilaku (*Conatif*)

Komponen perilaku dalam sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Asumsi dasar adalah bahwa kepercayaan dan perasaan akan mempengaruhi perilaku. Maksudnya orang akan berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku konsisten selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual, karena itu logis bahwa sikap seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk perilaku obyek. Sekalipun diasumsikan bahwa sikap merupakan predisposisi evaluasi yang banyak menentukan bagaimana individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan nyata sering kali berbeda.

c. Faktor-faktor Perubahan Sikap

Dalam perkembangannya sikap dipengaruhi lingkungan, norma-norma atau grup. Hal ini akan mengakibatkan perbedaan sikap individu yang satu

dengan individu yang lain karena perbedaan pengaruh atau lingkungan yang diterima. Sikap tidak akan terbentuk tanpa interaksi manusia terhadap obyek tertentu atau suatu obyek. Beberapa faktor yang menyebabkan perubahan sikap :

- 1) Faktor Internal, yaitu faktor yang terdapat dalam pribadi manusia.  
Faktor ini berupa selektifitas atau daya pilih seseorang untuk menerima dan mengolah pengaruh-pengaruh yang datang dari luar.
- 2) Faktor Eksternal, yaitu faktor yang terdapat di luar pribadi manusia.  
Faktor ini berupa interaksi sosial diluar kelompok.

### **3. Praktik (Tindakan)**

Praktik menurut *Theory of Reasoned Action* yang dikemukakan oleh Smet (1994), dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.

Praktik individu terhadap suatu obyek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan obyek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosiodemografi, pengaruh media massa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari praktiknya tersebut (Kartono, 1990). Praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang

menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek. Penelitian dari De Weerd (1989) mengatakan ada pengaruh yang kuat dari tingkat pengetahuan terhadap praktik.

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Sedangkan Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Fishbein-Ajzen (1975) dalam Ancok (1989), menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya.

#### **4. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Praktik**

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara kedua variabel ini telah diperlihatkan oleh Cartwright (1981) dalam Inantha (1997), dalam studi tiga komunitas di bidang kesehatan, pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum suatu tindakan pribadi terjadi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Sikap merupakan salah satu diantara kata yang paling samar namun paling sering digunakan dalam kamus ilmu perilaku. Sikap merupakan perasaan yang lebih tatap, ditunjukkan terhadap sesuatu obyek yang melekat ke dalam struktur sikap yaitu evaluasi dalam dimensi baik dan buruk.

Hubungan perilaku dengan sikap, keyakinan dan nilai tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak. Analisis akan memperlihatkan misalnya bahwa sikap sampai tingkat tertentu merupakan penentu komponen dan akibat dari perilaku. Hal ini merupakan alasan yang cukup untuk memberikan perhatian terhadap sikap, keyakinan dan nilai sebagai faktor predisposisi.

Adanya hubungan yang erat antara sikap dan perilaku didukung oleh pengertian sikap yang menyatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak. Dalam penelitian-penelitian yang dilakukan oleh Warner dan De Fleur (1969) didefinisikan bahwa adanya 3 (tiga) hubungan antara sikap dan praktik sebagai berikut.

- a) Keajegan (*Concistency*). Sikap verbal merupakan alasan yang masuk akal untuk menduga apa yang akan dilakukan oleh seseorang bila dihadapkan dengan obyek sikapnya. Dengan kata lain ada hubungan langsung antara sikap dengan tingkah laku (praktik).
- b) Ketidakajegan (*inconcistency*). Alasan ini yang membantah adanya hubungan yang konsisten antara sikap dengan tingkah laku (praktik). Sikap dan tingkah laku adalah dimensi yang individual yang berbeda dan

terpisah. Demikian pula sikap dan tingkah laku adalah tidak tergantung satu sama lain.

- c) Keajegan yang tidak tertentu (*concistency contingent*). Alasan ini mengusulkan bahwa hubungan antara sikap dan tingkah laku tergantung pada faktor-faktor situasi tertentu pada variabel antara. Pada situasi tertentu diharapkan adanya hubungan antara sikap dan tingkah laku, dalam situasi yang berbeda hubungan itu tidak ada. Hal ini lebih dapat menerangkan hubungan sikap dan tingkah laku (praktik)

## **E. Landasan Teori**

### **1. Perilaku Menurut Fishbein-Ajzen.**

Konsep pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dalam kaitannya dengan sesuatu kegiatan biasanya mempunyai anggapan sebagai berikut:

Adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk ikut suatu kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan inilah yang disebut dengan perilaku.

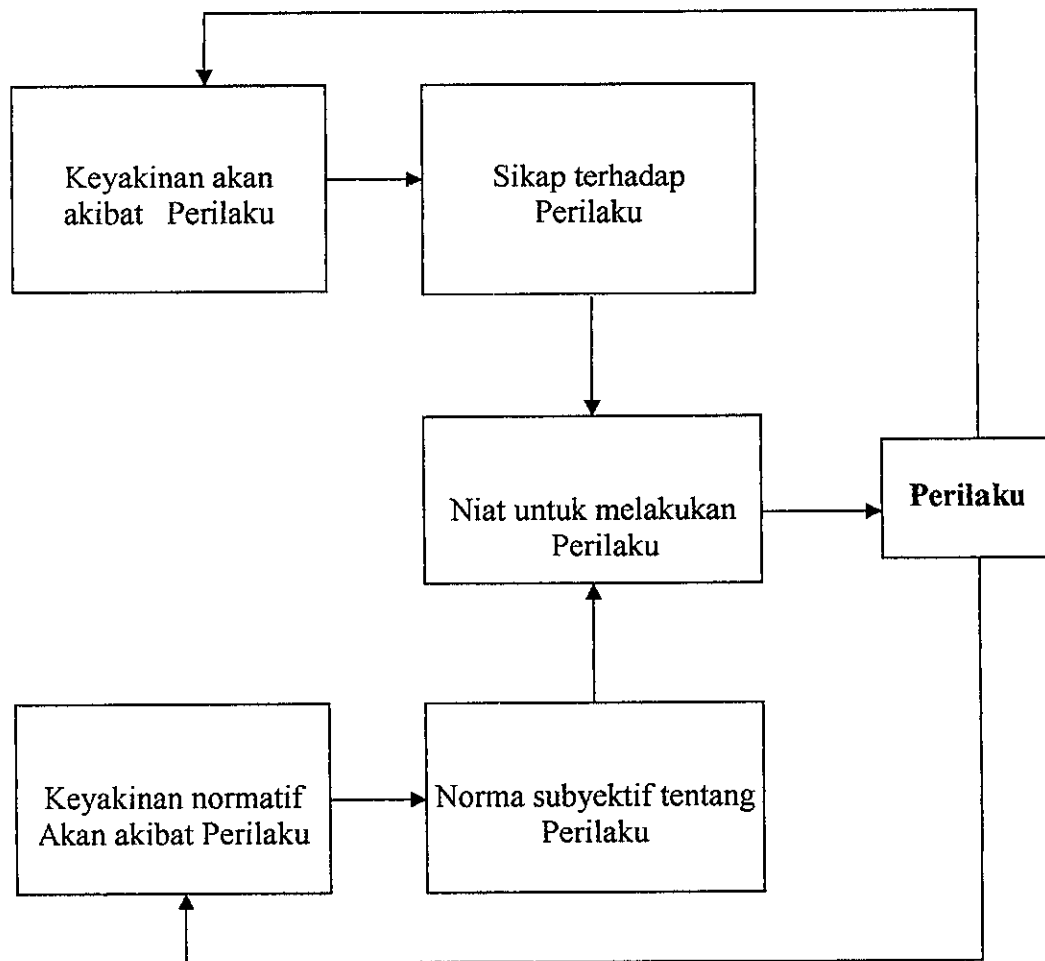
- a) Keyakinan akan akibat perilaku adalah komponen yang berisikan aspek pengetahuan tentang akibat positif dari perilaku. Harus diingat bahwa pengetahuan yang dimaksud tidak selalu sesuai dengan fakta yang

sebenarnya. Pengetahuan yang dimaksud hanyalah opini tentang suatu yang belum tentu sesuai dengan kenyataan.

- b) Sikap terhadap perilaku adalah komponen sikap yang berbentuk apakah sikap yang positif atau negatif tergantung dari segi manfaat atau tidaknya komponen pengetahuan. Makin banyak manfaat yang diketahui semakin positif pula sikap yang terbentuk.
- c) Keyakinan *normative* tentang akibat perilaku adalah komponen pengetahuan, berbeda dengan keyakinan akibat perilaku, komponen ini merupakan persepsi individu tentang bagaimana pandangan orang lain yang berpengaruh terhadap dirinya, misalnya orang tua, pejabat, alim ulama atau orang tertentu jika ia berperilaku positif
- d) Norma subyektif terhadap perilaku adalah keputusan yang dibuat oleh individu setelah mempertimbangkan pandangan orang-orang yang mempengaruhi norma subyektif terhadap perilaku. Sejauh-mana individu dapat terpengaruh atau tidak tergantung pada kekuatan kepribadian individu dalam menghadapi kehendak orang lain.
- e) Niat untuk melakukan perilaku secara teoritis terbentuk oleh interaksi antara kedua komponen yang mendukungnya yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subyektif tentang ketidak serasian antara kedua komponen mungkin saja terjadi perilaku tergantung pula kepada beberapa faktor lain, misalnya ketersediaan dan keterjangkauan sarana.

- f) Perilaku yaitu niat yang sudah direalisasikan dalam bentuk tingkah laku atau tindakan yang nampak.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema sebagai berikut :



Gambar 2.1 Teori Perubahan Perilaku menurut Fishbein, M, and Ajzen (1975).



## 2. Perilaku Menurut Lawrence Green.

Ada 3 faktor yang mempengaruhi terhadap perubahan perilaku individu atau kelompok yaitu:

a. Faktor yang mempermudah (*Predisposing Factors*)

Yaitu : faktor pertama yang mempengaruhi untuk berperilaku mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan sebagainya, juga dipengaruhi oleh faktor demografi seperti status ekonomi, umur, jenis kelamin, besar keluarga dan lain-lain.

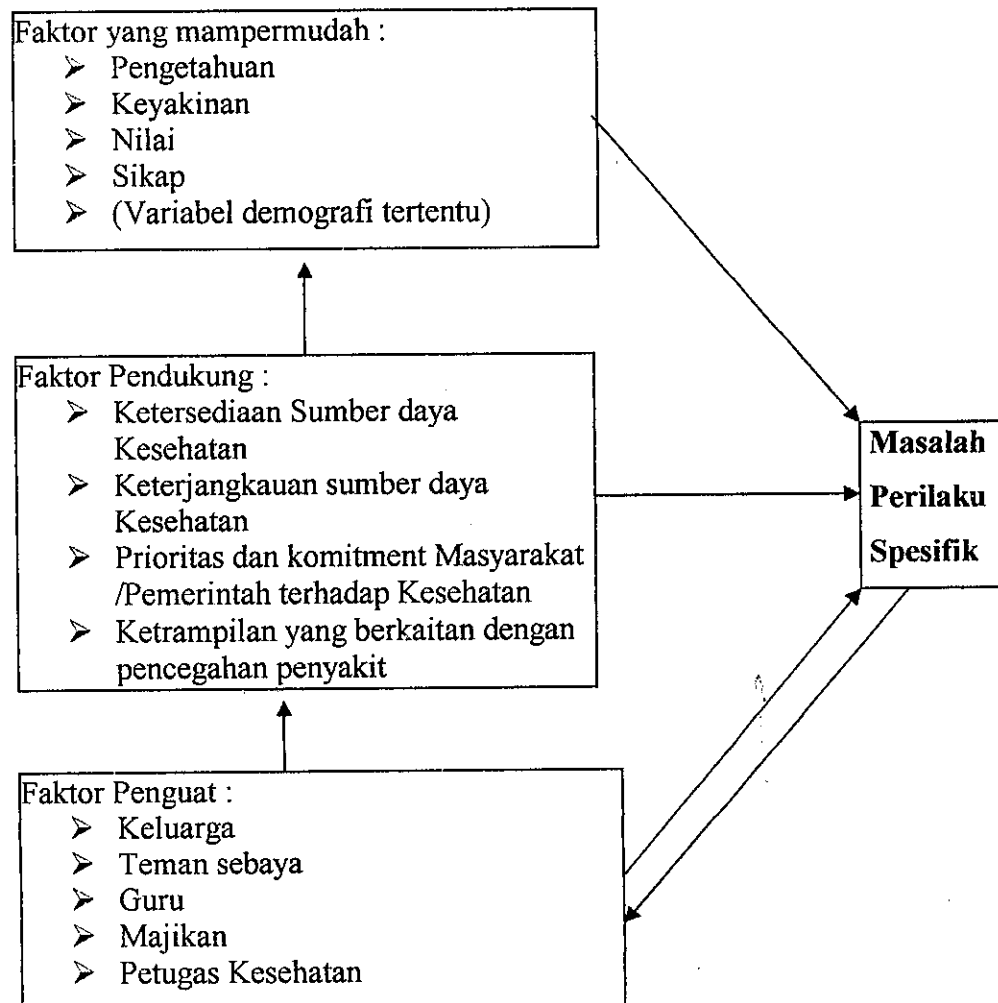
b. Faktor pendukung (*Enabling Factors*)

Yaitu : faktor yang memungkinkan keinginan terlaksana, meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat/ pemerintah, dan ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Faktor penguat/ pendorong (*Reinforcing Factors*).

Yaitu : faktor yang mendorong terjadinya perubahan tingkah laku kaitannya dengan kesehatan, meliputi dukungan keluarga, teman sebaya, guru, majikan dan petugas kesehatan.

## Teori Lawrence Green



Gambar 2.2. Teori Perubahan Perilaku menurut Green, L.W, & Kreuter (1991).

## E. Kerangka Teori

### a. Karakteristik Responden

Merupakan faktor pertama yang mempengaruhi praktik responden dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora. Karakteristik responden meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja dan pendapatan.

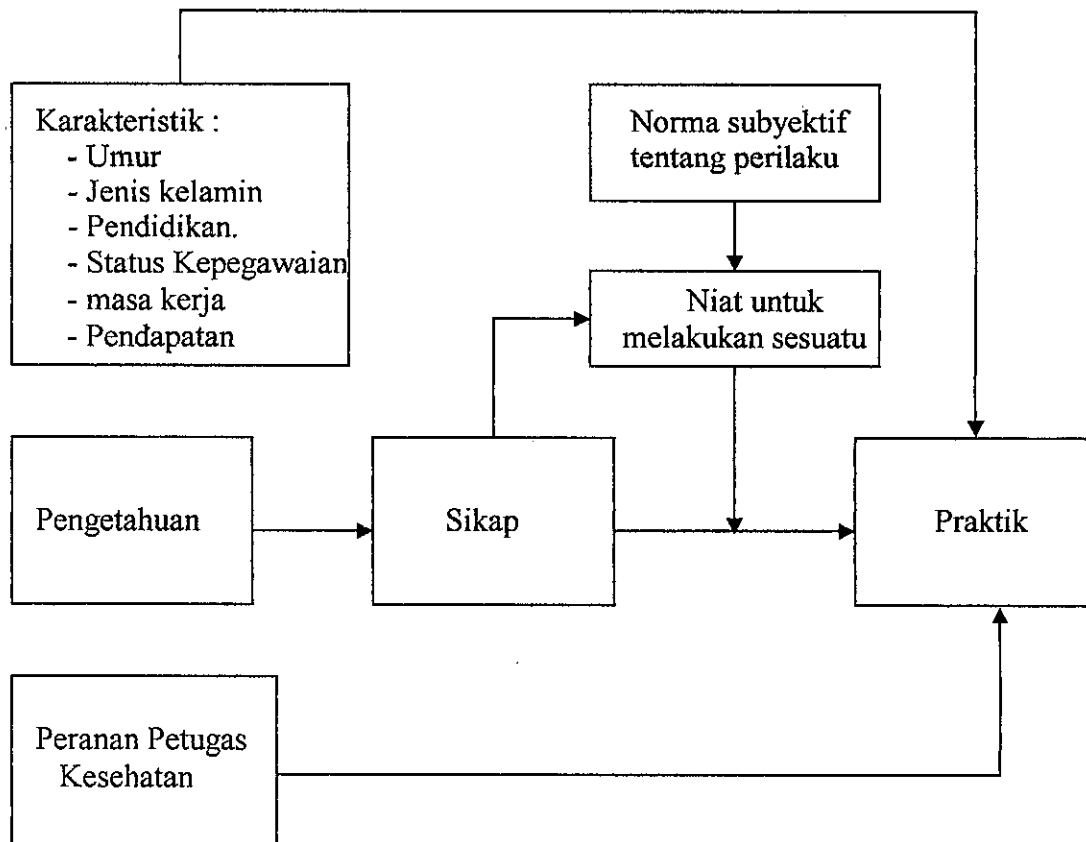
### b. Pengetahuan, Sikap, dan Praktik

Adanya pengetahuan responden tentang manfaat upaya deteksi dini penderita kusta, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif responden akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan upaya deteksi dini penderita kusta. Niat untuk melakukan perilaku terbentuk oleh interaksi antara kedua komponen yang mendukungnya yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subyektif tentang perilaku. Niat untuk ikut dalam kegiatan upaya deteksi dini penderita kusta akan menjadi tindakan (praktik), apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas.

### c. Peranan Petugas Kesehatan

Merupakan salah satu faktor penguat/ mendorong (*Reinforcing Factors*) terjadinya perubahan perilaku responden dalam upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di kabupaten Blora.

Gambaran mengenai kerangka teori penelitian adalah sebagai berikut :



Gambar 2.3. Teori modifikasi Fishbein, M., and Ajzen (1975) dan teori Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991) :

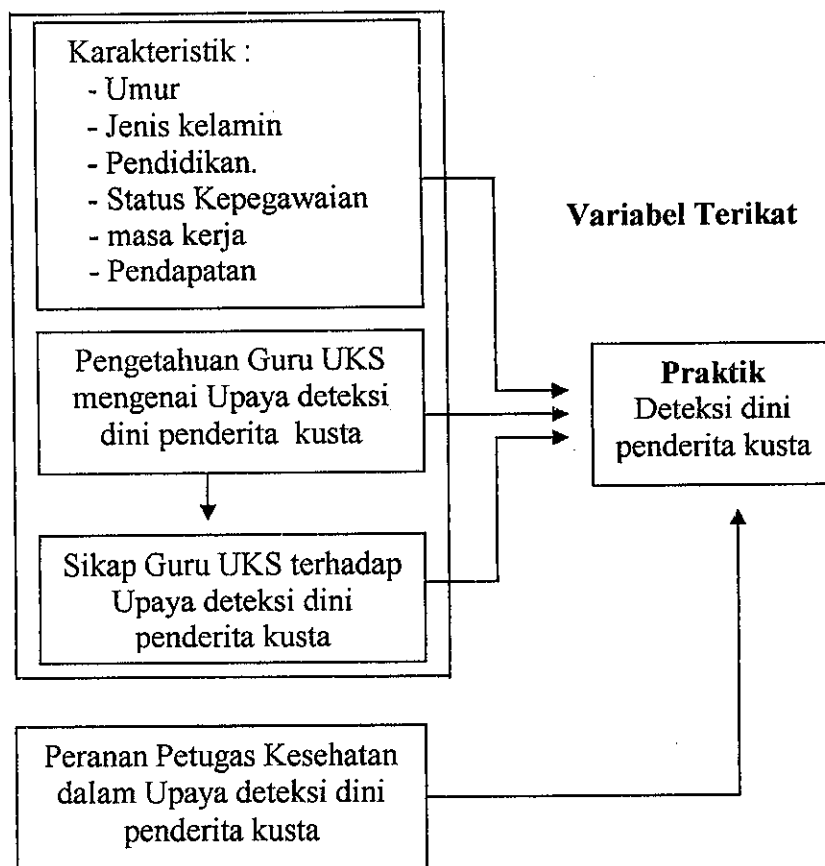
### BAB III

#### METODA PENELITIAN

##### A. Kerangka Konsep.

Berdasarkan kerangka teori modifikasi dari Fishbain, M., and Ajzen, dan Green, L.W, & Kreuter, M.W.. yang telah digambarkan di atas selanjutnya dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut :

##### Variabel Bebas



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

## **B. Hipotesis Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka dapat dirumuskan beberapa hipotesis penelitian sebagai berikut :

1. Adanya hubungan antara karakteristik ( umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan) guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
2. Adanya hubungan antara pengetahuan guru UKS dengan sikap deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
3. Adanya hubungan antara pengetahuan guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
4. Adanya hubungan antara sikap guru UKS dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
5. Adanya hubungan antara peranan petugas kesehatan dengan praktik guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.
6. Ada hubungan antara karakteristik, pengetahuan, sikap responden dan peranan petugas kesehatan secara bersama-sama dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

## **C. Variabel Penelitian**

Dari kerangka konsep yang ada, maka variabel dalam penelitian yang akan diteliti adalah :

### 1. Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah :

#### a. Karakteristik Guru UKS :

- 1). Umur
- 2). Jenis kelamin
- 3). Pendidikan
- 4). Status kepegawaian
- 5). Masa kerja
- 6). Pendapatan

#### b. Pengetahuan guru UKS.

#### c. Sikap guru UKS.

#### d. Peranan petugas kesehatan.

### 2. Variabel Terikat (*Dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

## D. Definisi Operasional.

1. Umur : adalah penggolongan usia responden, satuannya tahun dihitung mulai dari kelahirannya sampai dengan pada saat wawancara.

Skala : Pada saat pengambilan data menggunakan skala rasio, dan disajikan dalam skala ordinal

Kategori : Dewasa, usia  $\geq 30$  tahun

Muda, usia  $< 30$  tahun

2. Jenis kelamin : adalah penggolongan responden berdasarkan jenis kelamin yang tercantum dalam status diri.

Skala : Nominal

Kategori : Laki-laki

Perempuan

3. Pendidikan : adalah jenjang/ tingkatan pendidikan formal yang diperoleh responden sampai saat wawancara.

Skala : Ordinal.

Kategori : a. Pendidikan tinggi, adalah pendidikan guru UKS dengan kriteria lulusan Diploma tiga sampai Sarjana.

b. Pendidikan menengah, adalah pendidikan guru UKS dengan kriteria lulusan SPG.

4. Status kepegawaian : adalah kriteria kepegawaian yang dimiliki oleh guru UKS berdasarkan surat keputusan dari yang berwenang.

Skala : Nominal

Kategori : PNS

Non PNS

5. Masa kerja : adalah lamanya seseorang menjadi Guru UKS tanpa memilih status pegawai. Rata-rata kinerja akan optimal jika masa kerja  $\geq 5$  tahun.



Skala : Ordinal

Kategori : Optimal, jika masa kerja  $\geq 5$  tahun

Kurang optimal, jika masa kerja  $< 5$  tahun

6. Pendapatan : adalah jumlah rupiah yang diperoleh responden rata-rata dalam sebulan untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari.

Skala data : Ordinal

Kategori : Tinggi  $\geq$  Rp.1.500.000,-

Sedang Rp.750.000,- - < Rp.1.500.000,-

7. Pengetahuan : adalah kemampuan responden dalam menjawab pernyataan yang meliputi definisi penyakit kusta, penyebab, Masa tunas, klasifikasi, cara penularan, pemeriksaan klinis, penemuan penderita, diagnosis (deteksi dini) penderita kusta.

Terdapat 48 pernyataan pengetahuan yang terdiri dari 35 pernyataan *favorable* dan 13 pernyataan *unfavorable*. Skor yang diberikan pada pernyataan *favorable* adalah 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak. Demikian juga sebaliknya untuk jawaban *unfavorable*.

Skala : Ordinal

Kategori : Baik, bila total skor 25 - 48

Sedang, bila total skor 0 - 24

8. Sikap : adalah tanggapan mental seseorang terhadap pernyataan tentang penyebab, masa tunas, klasifikasi, cara penularan, pemeriksaan klinis, penemuan penderita, diagnosis (deteksi dini) penderita kusta.

Sikap diukur berdasarkan skala liekert, yaitu :

- a. Setuju.
- b. Tidak setuju.

Terdapat 14 pernyataan sikap yang terdiri dari 8 pernyataan *favorable* dan 6 pernyataan *unfavorable*. Skor yang diberikan pada pernyataan *favorable* adalah 1 untuk jawaban setuju dan 0 untuk jawaban tidak setuju. Demikian juga sebaliknya untuk jawaban *unfavorable*.

Skala : Ordinal

Kategori : Baik, bila total skor 8 - 14

Sedang, bila total skor 0 - 7

9. Praktik deteksi dini penderita kusta : adalah tindakan yang dilakukan/ tidak dilakukan oleh responden dalam deteksi dini penderita kusta.

Terdapat 22 pertanyaan praktik yang terdiri dari 18 pertanyaan *favorable* dan pertanyaan 4 *unfavorable*. Akan tetapi yang wajib dilakukan skor ada 8 pertanyaan (nomor 1 - 8). Sedangkan 14 pertanyaan berikutnya (nomor 9 - 22) tidak wajib dilakukan skor (sebagai pelengkap data). Skor yang diberikan pada pertanyaan *favorable* adalah 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak. Demikian juga sebaliknya untuk jawaban *unfavorable*.

Skala : Ordinal

Kategori : Baik, bila total skor 5 - 8

Kurang, bila total skor 0 - 4

10. Peranan Petugas Kesehatan : adalah tugas yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam mendorong guru UKS untuk melakukan upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

Terdapat 7 pertanyaan peranan yang terdiri dari 7 pertanyaan *favorable* dan 0 pertanyaan *unfavorable*. Skor yang diberikan pada pertanyaan *favorable* adalah 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak. Demikian juga sebaliknya untuk jawaban *unfavorable*.

Skala : Ordinal

Kategori : Baik, bila total skor 4 - 7

Kurang, bila total skor 0 – 3

#### E. Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian *Explanatory Research* yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat melalui pengujian hipotesa yang telah dirumuskan (Singarimbun, 1989).

Sedangkan metoda penelitian yang digunakan adalah *survey sample* yaitu penelitian yang mengambil sampel dari suatu populasi dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data yang pokok (Pratiknyo, 1999).

Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu subyek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2002).

## F. Proses Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam analisis dan untuk menarik kesimpulan dalam penelitian ini adalah :

### 1. Data Primer

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas serta reliabilitasnya (Azwar, 2000).

Kuesioner penelitian ini meliputi :

- a. Karakteristik responden ( umur, jenis kelamin, pendidikan, jenis kepegawaian, masa kerja, pendapatan) Guru UKS SD.
- b. Pengetahuan Guru UKS SD mengenai upaya deteksi dini penderita kusta.
- c. Sikap Guru UKS SD terhadap upaya deteksi dini penderita kusta.
- d. Praktik Guru UKS SD dalam upaya deteksi dini penderita kusta.
- e. Peranan Petugas Kesehatan dalam upaya deteksi dini penderita kusta.

Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti dibantu 4 orang enumerator (tenaga pewawancara) yang telah dilatih terlebih dahulu oleh peneliti, sehingga dapat menghindari kesalahan selama pengisian kuesioner. Untuk mengetahui kebenaran data khususnya untuk jawaban pertanyaan praktik, maka dilakukan *trianggulasi (counter chek)* dengan guru non UKS, siswa, Kepala Sekolah atau laporan yang dibuat oleh Guru UKS SD tersebut.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder diperlukan untuk melengkapi data primer, dan untuk keperluan pembahasan. Data sekunder berupa gambaran umum daerah atau lokasi penelitian, dan data khusus lainnya yang diperoleh dari profil kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dan dari Dinas Pendidikan Kabupaten Blora. Pengumpulan data sekunder ini dilakukan oleh peneliti sendiri.

## G. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua Guru UKS Sekolah Dasar di Kabupaten Blora baik yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun non PNS yang masih aktif melaksanakan tugasnya sebagai Guru UKS di wilayah Kabupaten Blora.

### 2. Sampel

Sampel untuk penelitian ini adalah Guru UKS sekolah dasar di Kabupaten Blora baik yang berstatus PNS maupun non PNS yang masih aktif melaksanakan tugas sebagai guru UKS di wilayah Kabupaten Blora.

Jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan perhitungan menurut Rao (1999) dengan perhitungan sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot moe}$$

n : Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi (Jumlah guru UKS)

moe (*margin of error*) : Kesalahan maksimal yang ditolerir

Dari jumlah populasi yang ada dapat ditentukan jumlah sampel sebagai

$$\begin{aligned}
 \text{berikut : } n &= \frac{712}{1 + (712)(0,01)} \\
 &= \frac{712}{1 + 7,12} \\
 &= \frac{712}{8,12} = 87,685
 \end{aligned}$$

Jumlah sampel dibulatkan menjadi 88 orang. Jadi jumlah sampel yang diambil adalah 88 orang guru UKS yang masih aktif sebagai guru UKS di wilayah Kabupaten Blora.

#### H. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana (*Simple random sampling*) yaitu semua Guru UKS sekolah dasar di Kabupaten Blora baik yang berstatus PNS maupun non PNS yang masih aktif melaksanakan tugas sebagai guru UKS di wilayah Kabupaten Blora, sebanyak 712 orang. Adapun caranya adalah : setiap responden *dilisting* atau dibuat daftar nomor urut dengan kertas, kemudian dimasukkan ke dalam kotak. Lalu dikocok biar bercampur. Peneliti mengambil kertas bernomor satu per satu tanpa melihat nomor kertas yang diambil, sampai diperoleh jumlah yang diinginkan (88) orang.

## **I. Bahan atau Alat Penelitian**

Bahan atau alat yang diperlukan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang berisi pertanyaan/ pernyataan yang berhubungan dengan variabel penelitian yang harus dijawab oleh responden.

## **J. Prosedur Penelitian**

### **1. Persiapan**

#### **a. Penyelesaian Administrasi dan Perijinan**

Penyelesaian administrasi dan perijinan penelitian dilakukan pada awal bulan Oktober 2004.

#### **b. Uji Validitas dan Reliabilitas**

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan sebelum penelitian, untuk melihat sejauh mana alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Untuk itu perlu dilakukan uji coba (Arikunto, 2002).

Uji coba alat pengumpul data dilaksanakan pada bulan Oktober 2004 pada responden selain subyek penelitian, yaitu pada guru UKS di wilayah kerja Puskesmas Banjarejo dan Puskesmas Kutukan, Kabupaten Blora sebanyak 30 responden.

##### **1). Uji Validitas**

Uji ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu tes atau

instrumen memiliki validitas tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukurnya sesuai dengan maksud dilakukannya tes tersebut. Suatu alat ukur yang valid tidak sekedar mampu mengungkapkan data dengan tepat tetapi juga memberikan gambaran yang cermat mengenai data tersebut (Aswar, 2000).

Dalam uji validitas, setiap butir pertanyaan/ pernyataan dilakukan uji validitas terhadap total skor seluruh pertanyaan/ pernyataan dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment*.

Langkah-langkah Analisis Validitas :

a). Menentukan Hipotesis

$H_o$  = Skor butir berkorelasi positif dengan skor faktor.

$H_i$  = Skor butir tidak berkorelasi positif dengan skor faktor.

b). Menentukan nilai r tabel.

Nilai r tabel ditentukan berdasarkan df (jumlah kasus - 2), dalam hal ini  $df = 30 - 2 = 28$ . Pada tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika dihipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c) Menentukan r hasil.

Nilai r hasil untuk tiap-tiap butir diperoleh dari hasil *output Analysis* pada kolom *Corrected item-total correlation*



d). Mengambil keputusan.

Dasar pengambilan keputusan adalah : jika  $r$  hasil positif serta  $r$  hasil  $> r$  tabel, maka butir tersebut valid. Sebaliknya jika  $r$  hasil tidak positif atau  $r$  hasil  $< r$  tabel, maka butir tersebut tidak valid. Jika ada butir pertanyaan/ pernyataan yang tidak valid, maka butir pertanyaan/ pernyataan tersebut dikaji kembali dengan cara memperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden dan dilanjutkan dengan uji validitas. Bila hasilnya tetap tidak valid, maka butir pertanyaan/ pernyataan tersebut dihilangkan atau dikeluarkan dari instrument pengumpul data, dengan catatan tidak mengurangi tujuan penelitian yang ingin dicapai oleh peneliti.

2). Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas adalah mengukur sejauh mana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek belum berubah.

Reliabilitas alat ukur di sini sangat berkaitan dengan *error of measurement*.

Langkah-langkah analisis reliabilitas :

a). Menentukan Hipotesis

$H_0$  = Skor butir berkorelasi positif dengan komposit faktornya.

$H_1$  = Skor butir tidak berkorelasi positif dengan komposit faktornya.

b). Menentukan nilai  $r$  tabel.

Nilai  $r$  tabel ditentukan berdasarkan  $df$  (jumlah kasus - 2), dalam hal ini  $df = 30 - 2 = 28$ . Pada tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika dihipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c). Menentukan  $r$  hasil.

Nilai  $r$  hasil adalah angka *Alpha* yang terletak pada akhir output analisis.

d). Mengambil keputusan.

Dasar pengambilan keputusan adalah : jika  $r$  *Alpha* positif serta  $r$  *Alpha* >  $r$  tabel, maka butir tersebut reliabel. Jika  $r$  *Alpha* positif dan  $r$  *Alpha* <  $r$  tabel, maka butir tersebut tidak reliabel. Jadi jika  $r$  *Alpha* >  $r$  tabel tetapi bertanda negatif,  $H_0$  tetap akan ditolak.

**c. Validitas dan Reliabilitas Tiap-tiap Variabel**

**1). Variabel Pengetahuan**

Diawali dengan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pernyataan pengetahuan ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 50 butir pernyataan, sebanyak 45 butir

dinyatakan valid dan 5 butir dinyatakan tidak valid. Lima butir yang dinyatakan tidak valid adalah nomor 25, 28, 33, 42 dan 45. Selanjutnya kelima butir pernyataan tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya 3 butir (nomor 25, 33 dan 42) menjadi valid, dan 2 butir (nomor 28 dan 45) tetap tidak valid. Kedua butir pernyataan tersebut dikeluarkan dari instrument pengumpul data (tidak diikutkan uji validitas tahap 2).

Seluruh butir pernyataan pengetahuan yang valid (48 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.1. Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan Tahap 2

No	Butir Pernyataan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,4121	0,2390	Valid
2	2	0,3337	0,2390	Valid
3	3	0,6093	0,2390	Valid
4	4	0,4745	0,2390	Valid
5	5	0,5206	0,2390	Valid
6	6	0,6422	0,2390	Valid
7	7	0,7413	0,2390	Valid
8	8	0,3145	0,2390	Valid
9	9	0,7427	0,2390	Valid
10	10	0,6274	0,2390	Valid
11	11	0,6200	0,2390	Valid
12	12	0,4817	0,2390	Valid
13	13	0,4851	0,2390	Valid
14	14	0,5876	0,2390	Valid
15	15	0,5317	0,2390	Valid

16	16	0,4851	0,2390	Valid
17	17	0,6765	0,2390	Valid
18	18	0,6079	0,2390	Valid
19	19	0,5486	0,2390	Valid
20	20	0,4851	0,2390	Valid
21	21	0,4438	0,2390	Valid
22	22	0,5778	0,2390	Valid
23	23	0,4772	0,2390	Valid
24	24	0,6730	0,2390	Valid
25	25	0,5778	0,2390	Valid
26	26	0,6545	0,2390	Valid
27	27	0,4212	0,2390	Valid
28	29	0,5539	0,2390	Valid
29	30	0,6538	0,2390	Valid
30	31	0,4924	0,2390	Valid
31	32	0,4567	0,2390	Valid
32	33	0,4825	0,2390	Valid
33	34	0,4504	0,2390	Valid
34	35	0,6114	0,2390	Valid
35	36	0,4939	0,2390	Valid
36	37	0,4299	0,2390	Valid
37	38	0,4866	0,2390	Valid
38	39	0,4017	0,2390	Valid
39	40	0,4825	0,2390	Valid
40	41	0,6446	0,2390	Valid
41	42	0,4438	0,2390	Valid
42	43	0,4866	0,2390	Valid
43	44	0,6427	0,2390	Valid
44	46	0,3726	0,2390	Valid
45	47	0,7009	0,2390	Valid
46	48	0,5782	0,2390	Valid
47	49	0,5189	0,2390	Valid
48	50	0,4699	0,2390	Valid

#### Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 48

Alpha = 0,9528

Sesuai hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1–48) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel pengetahuan. Dari uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,9528. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan  $r$  tabel yaitu sebesar 0,239, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliabel.

## **2). Variabel Sikap**

Dimulai dengan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pernyataan sikap ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 15 butir pernyataan, sebanyak 12 butir dinyatakan valid dan 3 butir dinyatakan tidak valid. Tiga butir yang dinyatakan tidak valid adalah nomor 5, 7 dan 10. Selanjutnya ketiga butir pernyataan tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya 2 butir (nomor 5 dan 7) menjadi valid, dan 1 butir (nomor 10) tetap tidak valid. Butir pernyataan yang tetap tidak valid dikeluarkan dari instrument pengumpul data (tidak diikuti uji validitas tahap 2).

Seluruh butir pernyataan sikap yang valid (14 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2. Hasil Uji Validitas Variabel Sikap Tahap 2

No	Butir Pernyataan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,3219	0,2390	Valid
2	2	0,5522	0,2390	Valid
3	3	0,6212	0,2390	Valid
4	4	0,7885	0,2390	Valid
5	5	0,6721	0,2390	Valid
6	6	0,7885	0,2390	Valid
7	7	0,5448	0,2390	Valid
8	8	0,7885	0,2390	Valid
9	9	0,6721	0,2390	Valid
10	11	0,6212	0,2390	Valid
11	12	0,5448	0,2390	Valid
12	13	0,6212	0,2390	Valid
13	14	0,7885	0,2390	Valid
14	15	0,7207	0,2390	Valid

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 14

Alpha = 0,9220

Berdasarkan hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1–14) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel sikap. Uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,9220. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan r tabel yaitu sebesar 0,239, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliabel.

### 3). Variabel Praktik

Seluruh butir pertanyaan praktik dilakukan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 22 butir pertanyaan, seluruhnya dinyatakan valid.

Selanjutnya seluruh butir pertanyaan praktik (22 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Variabel Praktik Tahap 2

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,8674	0,2390	Valid
2	2	0,6066	0,2390	Valid
3	3	0,8674	0,2390	Valid
4	4	0,8674	0,2390	Valid
5	5	0,9093	0,2390	Valid
6	6	0,4972	0,2390	Valid
7	7	0,8185	0,2390	Valid
8	8	0,9093	0,2390	Valid
9	9	0,5400	0,2390	Valid
10	10	0,4634	0,2390	Valid
11	11	0,4634	0,2390	Valid
12	12	0,4634	0,2390	Valid
13	13	0,3929	0,2390	Valid
14	14	0,4634	0,2390	Valid
15	15	0,2410	0,2390	Valid
16	16	0,4634	0,2390	Valid
17	17	0,3929	0,2390	Valid
18	18	0,4634	0,2390	Valid
19	19	0,5746	0,2390	Valid
20	20	0,5746	0,2390	Valid
21	21	0,5746	0,2390	Valid
22	22	0,5746	0,2390	Valid

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 22

Alpha = 0,9345

Sesuai hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1-22) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam

variabel praktik. Dari uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,9345. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan r tabel yaitu sebesar 0,239, sehingga butir-butir pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

#### **4). Variabel Peranan Petugas Kesehatan**

Langkah pertama yang dilakukan adalah uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pertanyaan peranan petugas kesehatan ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 8 butir pertanyaan, sebanyak 7 butir dinyatakan valid dan 1 butir dinyatakan tidak valid. Butir yang dinyatakan tidak valid adalah nomor 7. Selanjutnya butir pertanyaan tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya butir pertanyaan tersebut tetap tidak valid dan dikeluarkan dari instrument pengumpul data (tidak diikuti uji validitas tahap 2).

Seluruh butir pertanyaan peranan petugas kesehatan yang valid (7 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :



Tabel 3.4. Hasil Uji Validitas Variabel Peranan Petugas Kesehatan Tahap 2

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,9503	0,2390	Valid
2	2	0,9503	0,2390	Valid
3	3	0,4745	0,2390	Valid
4	4	0,4745	0,2390	Valid
5	5	0,4521	0,2390	Valid
6	6	0,6734	0,2390	Valid
7	8	0,4521	0,2390	Valid

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 7

Alpha = 0,8563

Hasil perhitungan yang ada ternyata keseluruhan butir (1-7) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel Peranan Petugas Kesehatan. Uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,8563. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan r tabel yaitu sebesar 0,239, sehingga butir-butir pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

## 2. Pelaksanaan

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2004. Pengisian instrument kuesioner dilakukan oleh peneliti dibantu 4 orang enumerator yang telah dilatih sebelumnya.

### 3. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan dilakukan pengolahan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

#### a. Editing

Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data mengenai karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan), pengetahuan, sikap, praktik, peranan petugas kesehatan, gambaran wilayah dan gambaran kesehatan.

#### b. Koding.

Setelah dilakukan editing, langkah selanjutnya adalah melakukan pengkodean data untuk memudahkan pengolahannya.

#### c. Tabulasi data

Sebagai kelanjutan dari tahap koding, maka dilakukan tabulasi data yaitu mengelompokkan data sesuai dengan variabel dan kategori data penelitian. Tabulasi data yang dilakukan meliputi variabel karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja dan pendapatan), pengetahuan, sikap, praktik dan peranan petugas kesehatan.

## K. Analisa Data

Data diolah dan dianalisa untuk mengetahui perubahan variabel bebas yang meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja dan pendapatan), pengetahuan, sikap, dan peranan petugas kesehatan, terhadap variabel terikat yaitu praktik deteksi dini penderita kusta, dalam pernyataan hipotesis. Analisa yang digunakan adalah analisis *univariat*, analisis *bivariat* dan analisis *multivariat*. (Santoso, 2000).

### 1. Analisis Univariat

Analisis *univariat* dilakukan untuk memberikan gambaran secara umum terhadap variabel karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan), pengetahuan, sikap, praktik, dan peranan petugas kesehatan. Analisa data responden menggunakan analisa prosentase, sehingga penyajiannya dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

### 2. Analisis Bivariat

#### a. Tabulasi silang

Tabulasi silang (*crostab*) pada prinsipnya untuk menyajikan data dalam bentuk tabel yang meliputi baris dan kolom. Analisis ini dilakukan untuk melihat pola atau kecenderungan hubungan antar dua variabel yang diteliti dan dibuat dalam bentuk tabel distribusi silang dari variabel

penelitian yang dikelompokkan sesuai dengan pengelompokan skor (Santoso, 2000).

b. Uji Hipotesis

Analisis ini dilakukan dengan analisis statistik *Chi Square*. Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel. Bagaimana arah hubungan dan seberapa besar hubungan tersebut (Santosa, 2000).

Hipotesis penelitian :

$H_0$  : Tidak ada hubungan (korelasi) antar dua variabel.

$H_a$  : Ada hubungan (korelasi) antar dua variabel.

Dasar pengambilan keputusan (berdasarkan tingkat kemaknaan)

1). Jika tingkat kemaknaan  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima.

2). Jika tingkat kemaknaan  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak.

Nilai koefisien korelasi berkisar antara 0-1, nilai 0 menunjukkan tidak ada hubungan, dan 1 menunjukkan yang sempurna. Nilai koefisien korelasi ini dapat dilihat sebagai berikut (Sugiyono, 2002).

* 0,00 – 0,199	: Sangat lemah.
* 0,20 – 0,399	: Lemah.
* 0,40 – 0,599	: Sedang.
* 0,60 – 0,799	: Kuat.
* 0,80 – 1,000	: Sangat kuat.

### 3. Analisis Multivariat

Analisis *Multivariat* dilakukan untuk menganalisa hubungan variabel bebas yang meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja dan pendapatan), pengetahuan, sikap, dan peranan petugas kesehatan terhadap variabel terikat yaitu praktik deteksi dini penderita kusta, serta untuk memprediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan atas variabel bebas. Disamping itu dalam analisis *multivariat* dapat diketahui besar sumbangan/ faktor yang paling dominan dari variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah *Regression Logistic Analysis* (Sugiyono, 2002).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Keadaan Geografi**

Kabupaten Blora adalah salah satu Kabupaten di Jawa Tengah, terletak diantara 5 (lima) Kabupaten yaitu di sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Pati dan Kabupaten Rembang, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bojonegoro Jawa Timur, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Grobogan dan Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Ngawi Jawa Timur. Luas Wilayah Kabupaten Blora 1.820,59 km<sup>2</sup> dan berada pada ketinggian terendah 30 sampai 780 meter diatas permukaan air laut, diapit oleh jajaran pegunungan Kendeng Utara dan Kendeng Selatan.

##### **2. Keadaan Penduduk**

Jumlah penduduk di Kabupaten Blora sebanyak 809.891 jiwa, tingkat kepadatan penduduk sebesar 488 per km<sup>2</sup> dengan tingkat kepadatan tertinggi di Kecamatan Cepu yaitu 1.492 dan terendah di Kecamatan Jiken yaitu 211 per km<sup>2</sup>. Sebagian besar penduduk bekerja di pertanian dan perkebunan.

##### **3. Sarana Pelayanan Kesehatan dan tenaga kesehatan**

Jumlah Rumah sakit sebanyak 2 buah, Puskesmas Perawatan 6 buah, Puskesmas Non Perawatan 20 Buah dan 1 buah gudang farmasi. Jumlah

Dokter ahli sebanyak 12 orang, Dokter Umum 49 Orang, Sarjana Kesehatan Masyarakat 3 orang, Perawat 163 orang, Bidan 169 orang dan Analis 9 orang

#### 4. Jumlah Guru UKS

##### a. Menurut Jenis Kelamin

Jumlah guru UKS laki-laki terbanyak di Kecamatan Blora Kota yaitu sebanyak 36 orang, paling sedikit di Kecamatan Japah dan Kecamatan Kedung Tuban masing-masing sebanyak 23 orang. Sedangkan jumlah guru UKS perempuan terbanyak di Kecamatan Blora Kota sebanyak 21 orang, dan paling sedikit di Kecamatan Tunjungan sebanyak 12 orang.

Tabel 4.1. Jumlah Guru UKS Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Kecamatan	Jenis Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
1	Blora Kota	36	21	57
2	Banjarejo	26	16	42
3	Jepun	32	13	45
4	Tunjungan	24	12	36
5	Ngawen	34	18	52
6	Japah	23	15	38
7	Kunduran	32	17	49
8	Todanan	30	15	45
9	Randublatung	24	13	37
10	Menden	27	14	41
11	Doplang	29	15	44
12	Cepu	35	16	51
13	Kedung Tuban	23	17	40
14	Sambong	26	16	42
15	Jiken	30	17	47
16	Bogorejo	30	16	46
	Jumlah	461	251	712

### b. Pelatihan UKS

Guru yang sudah dilatih UKS sebanyak 594 orang, dimana jumlah paling banyak terdapat di Kecamatan Blora Kota yaitu sebesar 94,74% dan yang paling sedikit di Kecamatan Bogorejo yaitu sebesar 65,22%.

Tabel 4.2. Jumlah Guru Yang Pernah Mendapatkan Pelatihan UKS

No.	Kecamatan	Jumlah Guru	Pernah dilatih UKS	Prosentase
1	Blora Kota	57	54	94,74
2	Banjarejo	42	38	90,48
3	Jepon	45	37	82,22
4	Tunjungan	36	32	88,89
5	Ngawen	52	40	76,92
6	Japah	38	35	92,11
7	Kunduran	49	41	83,67
8	Todanan	45	38	84,44
9	Randublatung	37	31	83,78
10	Menden	41	35	85,37
11	Doplang	44	38	86,36
12	Cepu	51	45	88,24
13	Kedung Tuban	40	35	87,50
14	Sambong	42	32	76,19
15	Jiken	47	33	70,21
16	Bogorejo	46	30	65,22
	Jumlah	712	594	83,43

### B. Karakteristik Responden

Berdasarkan kelompok umur, distribusi responden dibagi dalam 2 kategori yaitu kelompok dewasa ( $\geq 30$  tahun) dan kelompok muda ( $< 30$  tahun). Dari hasil penelitian menunjukkan hampir semua responden (97,7%) berumur lebih dari atau sama dengan 30 tahun dan hanya sedikit responden (2,3%) berumur kurang dari 30 tahun.



Berikutnya karakteristik yang berkaitan dengan jenis kelamin dibedakan antara laki-laki dan perempuan. Hasil penelitian sebagian besar responden (64,8%) adalah laki-laki dan sebagian lagi (35,2%) adalah perempuan.

Kriteria tingkat pendidikan responden dibagi menjadi 2 kategori yaitu pendidikan tinggi (D3/S1) dan pendidikan menengah (SPG). Dari hasil penelitian, lebih dari Sepuluh responden (51,1%) tingkat pendidikannya tinggi dan sisanya (48,9%) tingkat pendidikannya menengah.

Untuk status kepegawaian responden dibedakan antara Pegawai Negeri sipil (PNS) dan non PNS. Berdasarkan hasil penelitian, hampir semua responden (98,9%) adalah PNS dan sedikit responden (1,1%) adalah non PNS.

Pembagian masa kerja responden dikelompokkan menjadi 2, yaitu responden yang telah bekerja lebih dari atau sama dengan 5 tahun dan yang bekerja kurang dari 5 tahun. Di dalam penelitian diperoleh hasil hampir semua responden (95,5%) telah bekerja lebih dari atau sama dengan 5 tahun dan sisanya (4,5%) adalah responden yang memiliki masa kerja kurang dari 5 tahun.

Pengelompokan tingkat pendapatan responden dibedakan menjadi 2 kategori yaitu pendapatan tinggi ( $\geq$  Rp1.500.000,-) dan pendapatan sedang (Rp750.000,-Rp1.500.000,-). Hasil penelitian sebagian besar responden (69,3%) memiliki pendapatan sedang (Rp750.000,-Rp1.500.000,-) dan sebagian lagi responden (30,7%) memiliki pendapatan tinggi ( $>$ Rp1.500.000,-). Tabel tentang karakteristik responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Karakteristik

No	Karakteristik	Frekuensi	Prosentase
<b>Umur :</b>			
1.	Dewasa ( $\geq 30$ tahun)	86	97,7%
2.	Muda ( $< 30$ tahun)	2	2,3%
<b>Jenis Kelamin :</b>			
1.	Laki-laki	57	64,8%
2.	Perempuan	31	35,2%
<b>Tingkat Pendidikan :</b>			
1.	Tinggi (D3/S1)	45	51,1%
2.	Menengah (SPG)	43	48,9%
<b>Status Kepegawaian :</b>			
1.	PNS	87	98,9%
2.	Non PNS	1	1,1%
<b>Masa Kerja :</b>			
1.	$\geq 5$ tahun	84	95,5%
2.	$< 5$ tahun	4	4,5%
<b>Pendapatan :</b>			
1.	Tinggi ( $\geq$ Rp1.500.000,-)	27	30,7%
2.	Sedang (Rp750.000,- $<$ Rp1.500.000,-)	61	69,3%

### C. Pengetahuan Responden Mengenai Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta

Tingkat pengetahuan responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab lebih dari atau sama dengan 25 pernyataan dengan benar, dan tingkat pengetahuan dinyatakan sedang apabila dapat menjawab 1-24 pernyataan dengan benar. Distribusi pengetahuan responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.4. Distribusi Pengetahuan Responden Mengenai Upaya Deteksi Dini Penderita kusta

No.	Pengetahuan	Jumlah	Prosentase
1.	Baik (Skor 25-48)	76	86,4%
2.	Sedang (Skor 0-24)	12	13,6%
	Total	88	100%

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 76 responden (86,4%) dan yang memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 12 responden (13,6%).

Distribusi jawaban pengetahuan responden mengenai upaya deteksi dini penderita kusta memperlihatkan bahwa ada 8 item pernyataan yang sebagian besar responden menjawab salah. Item pernyataan tersebut adalah : tanda-tanda kusta tipe MB selalu ditemukan jaringan tidak normal pada kulit (68,18%), tanda-tanda kusta tipe MB pada stadium dini terjadi penebalan syaraf tepi (62,50%), Cara penularan penyakit kusta tipe MB dapat melalui saluran pernafasan (62,50%), pemeriksaan klinis terdiri dari pemeriksaan syaraf pusat untuk mengetahui kesadaran (56,82%), penemuan penderita kusta secara pasif biasanya masih dalam stadium dini (54,55%), pemeriksaan penderita kusta secara aktif dapat dilakukan dengan pemeriksaan kontak yang tidak serumah (54,55%), Untuk mendeteksi dini penderita kusta didasarkan pada tanda cardinal (utama) bercak kulit yang mati rasa permukaan kulit cekung (50,0%), dan untuk mendeteksi dini penderita kusta didasarkan pada tanda cardinal (utama) penebalan syaraf tepi berupa gangguan fungsi otonom yaitu kulit berkeringat (51,14%).

Dari 8 item pernyataan yang sebagian besar dijawab salah oleh responden, 2 item berkaitan dengan tanda-tanda kusta, 1 item tentang cara penularan, 1 item tentang pemeriksaan klinis, 2 item berkaitan dengan penemuan penderita kusta, dan 2 item berkaitan dengan deteksi dini penderita kusta.

#### **D. Sikap Responden Terhadap Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta**

Kategori tingkat sikap responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab lebih dari atau sama dengan 8 pernyataan dengan benar, dan tingkat sikap dinyatakan sedang apabila dapat menjawab dengan benar 1-7 pernyataan. Gambaran distribusi sikap responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5. Distribusi Sikap Responden Terhadap Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Sikap	Frekuensi	Prosentase
1.	Baik (Skor 8-14)	68	77,3%
2.	Sedang (Skor 0-7)	20	22,7%
	Total	88	100%

Dari penelitian diperoleh hasil : responden yang memiliki sikap baik sebanyak 68 responden (77,3%), dan responden yang memiliki sikap sedang sebanyak 20 responden (22,7%).

Distribusi jawaban sikap responden terhadap upaya deteksi dini penderita kusta memperlihatkan bahwa ada 2 item pernyataan yang sebagian besar responden menjawab tidak setuju, yaitu : bagaimana sikap saudara bila ada yang mengatakan bahwa penyakit kusta tipe MB dapat menular melalui saluran

pernapasan? (71,59%), dan bagaimana sikap saudara bila ada yang mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit kusta bagi seseorang hanya ditentukan oleh ketahanan (kondisi) tubuh? (54,55%).

Kedua item pernyataan yang dijawab tidak setuju oleh sebagian besar responden adalah pernyataan tentang etiologi dan cara penularan penyakit kusta.

#### **E. Praktik Responden Dalam Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta**

Responden dinyatakan tingkat praktiknya baik apabila dapat menjawab lebih dari atau sama dengan 5 pertanyaan dengan jawaban ya melakukan, dan tingkat praktik dinyatakan kurang apabila hanya dapat menjawab pertanyaan dengan jawaban ya melakukan kurang dari atau sama dengan 4 pertanyaan.

Untuk distribusi praktik responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.6. Distribusi Praktik Responden dalam Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Praktik	Frekuensi	Prosentase
1.	Baik (Skor 5-8)	38	43,2%
2.	Kurang (Skor 0-4)	50	56,8%
	Total	88	100%

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang memiliki tingkat praktik baik sebanyak 38 responden (43,2%), dan responden yang memiliki tingkat praktik kurang baik sebanyak 50 responden (56,8%).

Distribusi jawaban responden praktik responden dalam upaya deteksi dini penderita kusta memperlihatkan bahwa semua item pertanyaan (8 item), sebagian besar responden menjawab tidak melakukan. Prosentase jawaban tidak melakukan

paling besar adalah pada item : jika pernah melakukan pemeriksaan kulit untuk deteksi dini penderita kusta apakah saudara melibatkan guru yang lain? (65,91%).

Sedangkan dari 8 item pertanyaan yang sebagian besar dijawab tidak pernah dilakukan oleh responden adalah : 4 item berkaitan dengan pemeriksaan kulit untuk deteksi dini penderita kusta, dan 4 item berkaitan dengan pendidikan kesehatan tentang deteksi dini penderita kusta.

#### **F. Peranan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta**

Tingkat peranan petugas kesehatan dinyatakan baik apabila responden dapat menjawab lebih dari atau sama dengan 4 pertanyaan dengan jawaban ya pernah, dan tingkat peranan petugas kesehatan dinyatakan kurang apabila responden hanya dapat menjawab pertanyaan dengan jawaban ya pernah kurang dari atau sama dengan 3 pertanyaan. Tabel peranan petugas kesehatan disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.7. Distribusi Peranan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Peranan Petugas Kesehatan	Jumlah	Prosentase
1.	Baik (Skor 4-7)	8	9,1%
2.	Kurang (Skor 0-3)	80	90,9%
	Total	88	100%

Sesuai penelitian diperoleh hasil : tingkat peranan petugas kesehatan baik sebanyak 8 responden (9,1%), dan tingkat peranan petugas kesehatan kurang baik sebanyak 80 responden (90,9%).

Distribusi jawaban responden tentang peranan petugas kesehatan dalam upaya deteksi dini penderita kusta memperlihatkan bahwa semua (7 item) pertanyaan, sebagian besar responden menjawab tidak pernah. Jawaban tidak pernah yang prosentasenya paling besar adalah pada item : Dalam dua tahun terakhir, apakah saudara pernah memperoleh brosur, leaflet atau buku pedoman tentang deteksi dini penderita kusta pada anak SD? (97,73%).

Pertanyaan berikutnya yang dijawab tidak pernah oleh responden dan prosentasenya lebih dari 90 % adalah : dalam dua tahun terakhir, apakah saudara pernah diundang petugas dari Puskesmas untuk mendapatkan penjelasan tentang deteksi dini penderita kusta pada anak SD? (96,59%), dalam dua tahun terakhir, apakah pernah ada petugas kesehatan yang datang untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang deteksi dini penderita kusta pada anak SD? (93,18%), dan dalam dua tahun terakhir, apakah guru-guru pernah mendapatkan penjelasan dari petugas kesehatan tentang deteksi dini penderita kusta? (92,05%).

#### **G. Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada golongan umur muda yaitu sebesar 50,0% bila dibandingkan dengan yang umur dewasa yaitu sebesar 43,0%. Hasil analisis hubungan antara umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.8. Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Umur	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Dewasa ( $\geq 30$ tahun)	37	43,0	49	57,0	86	100
2.	Muda ( $< 30$ tahun)	1	50,0	1	50,0	2	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 0,04		p value = 0,844					

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,844.

#### H. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Dari penelitian diperoleh hasil bahwa prosentase jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 45,2% bila dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 42,1%. Tabel berikut ini menggambarkan analisis hubungan antara jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta, sebagai berikut :



Tabel 4.9. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Jenis kelamin	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Laki-laki	24	42,1	33	57,9	57	100
2.	Perempuan	14	45,2	17	54,8	31	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 0,08		p value = 0,782					

Hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,782.

#### I. Hubungan Antara Pendidikan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Prosentase pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak yang berpendidikan menengah yaitu sebesar 46,5% bila dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi yaitu sebesar 40,0%. Untuk mengetahui analisis hubungan antara pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta, disajikan data sebagai berikut :

Tabel 4.10. Hubungan Antara Pendidikan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Pendidikan	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Tinggi (D3/S1)	18	40,0	27	60,0	45	100
2.	Menengah (SPG)	20	46,5	23	53,5	43	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 0,38		p value = 0,538					

Berdasarkan uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara jenis pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,538.

#### J. Hubungan Antara Status Kepegawaian Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Dari data yang tersaji berikut ini terlihat bahwa status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak Non PNS yaitu sebesar 100% bila dibandingkan dengan PNS yaitu sebesar 42,5%. Analisis hubungan antara status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dapat disajikan seperti tabel berikut :

Tabel 4.11. Hubungan Antara Status Kepegawaian Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Status kepegawaian	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	PNS	37	42,5	50	57,5	87	100
2.	Non PNS	1	100	0	0	1	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 1,33		p value = 0,249					

Dari uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,249.

#### K. Hubungan Antara Masa Kerja Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Data berikut menunjukkan bahwa prosentase masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak masa kerja <5 tahun yaitu sebesar 50% bila dibandingkan dengan masa kerja  $\geq 5$  tahun yaitu sebesar 42,9%. Untuk mengetahui analisis hubungan antara masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta, disajikan data sebagai berikut :

Tabel 4.12. Hubungan Antara Masa Kerja Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Masa kerja	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Optimal (>5tahun)	36	42,9	48	58,1	84	100
2.	Kurang optimal (<5 tahun)	2	50,0	2	50,0	4	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 0,08		p value = 0,778					

Uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,778.

#### L. Hubungan Antara Pendapatan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Sesuai hasil penelitian bahwa prosentase pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada pendapatan tinggi yaitu sebesar 59,3% bila dibandingkan dengan yang berpendapatan sedang yaitu sebesar 36,1%. Analisis hubungan antara status pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dapat disajikan seperti tabel berikut :

Tabel 4.13. Hubungan Antara Pendapatan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Pendapatan	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Tinggi ( $\geq$ Rp1.500.000)	16	59,3	11	40,7	27	100
2.	Sedang (Rp750.000 – Rp1.500.000)	22	36,1	39	63,9	61	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 4,11		p value = 0,043					

Hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,043

#### M. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Sikap Deteksi Dini Penderita Kusta

Dari data yang tersaji berikut ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden dengan sikap deteksi dini penderita kusta dengan kriteria 'baik, lebih banyak pada pengetahuan sedang yaitu sebesar 95,0% bila dibandingkan dengan yang berpengetahuan baik sebesar 83,8%. Tabel berikut ini menggambarkan analisis hubungan antara pengetahuan responden dengan sikap deteksi dini penderita kusta, sebagai berikut :

Tabel 4.14. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan sikap Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Pengetahuan	Sikap Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Sedang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik (Skor 25-48)	57	83,8	11	16,2	68	100
2.	Sedang (Skor 1-24)	19	95,0	1	5,0	20	100
	Total	76	86,4	12	13,6	88	100
X <sup>2</sup> = 1,64		p value = 0,200					

Dari uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pengetahuan responden dengan sikap deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,200.

#### N. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada pengetahuan sedang yaitu sebesar 66,7% bila disbanding dengan yang berpengetahuan baik sebesar 39,5%. Analisis berikut ini menggambarkan hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta, sebagai berikut :

Tabel 4. 15. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Pengetahuan	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik (Skor 25-48)	30	39,5	46	60,5	76	100
2.	Sedang (Skor 1-24)	8	66,7	4	33,3	12	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 3,12		p value = 0,077					

Hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,077.

#### O. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Prosentase Sikap responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada responden yang memiliki sikap baik yaitu sebesar 48,5% bila dibandingkan dengan responden memiliki sikap sedang yaitu sebesar 25,0%. Hasil analisis berikut ini menggambarkan analisis antara sikap responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta , sebagai berikut :

Tabel 4.16. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Sikap	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik (Skor 8-14)	33	48,5	35	51,5	68	100
2.	Sedang (Skor 1-7)	5	25,0	15	75,0	20	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 3,49		p value = 0,062					

Sesuai hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara sikap responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,062.

**P. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada kelompok peranan baik yaitu sebesar 75,0% bila dibandingkan dengan yang berperanan kurang baik yaitu sebesar 40,0%. Tabel berikut ini menggambarkan analisis hubungan antara peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta, sebagai berikut :



Tabel. 4.17. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

No.	Peranan Petugas Kesehatan	Praktik Deteksi Dini				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik (Skor 4-7)	6	75,0	2	25,0	8	100
2.	Kurang (Skor 1-3)	32	40,0	48	60,0	80	100
	Total	38	43,2	50	56,8	88	100
X <sup>2</sup> = 3,63                      p value = 0,057							

Uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) 5% dengan p value = 0,057.

Berdasarkan 10 (sepuluh) hubungan antar variabel tersebut di atas, ada 2 (dua) variabel yang terbukti memiliki hubungan yang signifikan, yaitu variabel pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value  $\leq 0,05$  yaitu  $p=0,04$  dan variabel perananan petugas kesehatan dengan praktik deteksi penderita kusta dengan p value  $\leq 0,05$  yaitu  $p=0,05$ .

Tabel 4.18. Rangkuman hasil uji Chi Square antar variabel

No.	Variabel 1	Variabel 2	$X^2$	Nilai p	Keterangan
1.	Umur	Praktik deteksi dini	0,04	0,84	Tidak ada hubungan
2.	Jenis kelamin	Praktik deteksi dini	0,08	0,78	Tidak ada hubungan
3.	Pendidikan	Praktik deteksi dini	0,38	0,53	Tidak ada hubungan
4.	Status kepegawaian	Praktik deteksi dini	1,33	0,24	Tidak ada hubungan
5.	Masa kerja	Praktik deteksi dini	0,08	0,77	Tidak ada hubungan

6.	Pendapatan	Praktik deteksi dini	4,11	0,04	Ada hubungan
7.	Pengetahuan	Sikap deteksi dini	1,64	0,20	Tidak ada hubungan
8.	Pengetahuan	Praktik deteksi dini	3,12	0,07	Tidak ada hubungan
9.	Sikap	Praktik deteksi dini	3,49	0,06	Tidak ada hubungan
10.	Peranan Petugas Kesehatan	Praktik deteksi dini	3,63	0,05	Ada hubungan

**Q. Hubungan Antara Karakteristik (Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kepegawaian, Masa Kerja, Pendapatan), Pengetahuan, Sikap Respondan dan Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama antara umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan, pengetahuan, sikap responden dan peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta, maka digunakan analisis multivariat melalui uji Regresi Logistik Binari.

Dengan menggunakan metoda *Backward Stepwise*, dilakukan melalui 7 tahap pengujian. Tahap pertama dengan memasukkan semua variabel bebas yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan, pengetahuan, sikap responden dan peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Dari hasil analisis 9 variabel, pada tahap pertama, terjadi pengurangan 1 variabel yaitu variabel pendidikan (tidak diikuti dalam analisis tahap 2). Analisis tahap selanjutnya (tahap 2 sampai tahap 6) terjadi pengurangan 1 variabel secara berturut-turut pada setiap tahap yaitu, tahap 2 variabel jenis kelamin, tahap 3 variabel masa kerja, tahap 4 variabel umur, tahap 5 variabel pengetahuan, dan tahap 6 variabel status kepegawaian.

Analisis tahap 7 terdapat 3 variabel yang masih tersisa yaitu variabel pendapatan, sikap dan peranan petugas kesehatan. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama variabel pendapatan dengan p value 0,04 dan variabel sikap dengan p value = 0,05 mempunyai hubungan yang signifikan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value  $\leq$  0,05). Sedangkan variabel peranan petugas kesehatan dengan p value = 0,06 tidak berhubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value  $>$  0,05).

Dari nilai koefisien regresi variabel pendapatan dengan p value = 0,04 lebih kuat/dominan hubungannya bila dibandingkan dengan variabel sikap dengan p value = 0,05 dan variabel peranan petugas kesehatan dengan p value = 0,06 terhadap praktik deteksi dini penderita kusta.

Tabel 4.19. : Regresi logistik

No.	Variabel	B	SE	Wald	df	Sig	Exp(B)	5,0% C.I. Exp(B)	
								Lower	Upper
1.	Pendapatan	,997	,501	3,961	1	,047	2,709	1,015	7,229
2.	Sikap	1,163	,602	3,729	1	,053	3,199	,983	10,414
3.	Peranan	1,667	,916	3,314	1	,069	5,299	,880	31,902
4.	Constant	-6,005	2,257	7,080	1	,008	,002		

Dari tabel 4.19. di atas terlihat bahwa responden yang memiliki pendapatan tinggi ( $>$ Rp 1.500.000,-) mempunyai kemungkinan 2,709 kali (95% CI = 1,015 – 7,229) lebih baik dalam praktik deteksi dini penderita kusta, bila dibandingkan dengan responden yang memiliki pendapatan sedang (Rp 750.000,- - Rp 1.500.000,-).

Pada variabel sikap, responden yang memiliki sikap baik mempunyai kemungkinan 3,199 kali (95% CI = 0,83 -10,414) lebih baik dalam praktik deteksi dini penderita kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap sedang.

Berikutnya untuk variabel peranan petugas kesehatan, yakni peranan petugas kesehatan yang baik mempunyai kemungkinan 5,299 kali (95% CI = 0,880 – 31,902) lebih baik bila dibandingkan dengan peranan petugas kesehatan yang kurang baik.

Ketiga variabel bebas yaitu pendapatan, sikap dan peranan petugas kesehatan dimasukkan dalam perhitungan regresi, sehingga diperoleh persamaan regresi sebagai berikut :

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-\{\alpha + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3\}}}$$

Keterangan:

$\beta^1$  = pendapatan responden

$\beta^2$  = sikap responden

$\beta^3$  = peranan petugas kesehatan

$$P(x) = \frac{1}{1 + 2,7182818^{-\{-6,005 + 0,997 + 1,163 + 1,667\}}}$$

Dengan keterangan bahwa  $p(x)$  adalah probabilitas untuk terjadinya praktik deteksi dini penderita kusta dengan kategori baik/kurang baik.

Keterangan:

1 = simbol untuk terjadinya praktik baik.

0 = simbol untuk terjadinya praktik kurang baik.

Bila angka tersebut di atas dimasukkan kedalam persamaan regresi logistik dengan kondisi pendapatan baik (1), sikap baik (1), peranan petugas kesehatan baik (1). Didapatkan probabilitas kejadian praktik deteksi dini penderita kusta di Kabupaten Blora sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 P(x) &= \frac{1}{1 + 2,7182818^{-\{-6,005 + 0,997 + 1,163 + 1,667\}}} \\
 &= 0,1696 \text{ (16,96\%)}
 \end{aligned}$$

Dengan hasil seperti tersebut di atas apabila secara bersama-sama variabel pendapatan, sikap dan peranan petugas kesehatan dalam kategori baik, maka probabilitas untuk terjadinya praktik deteksi dini penderita kusta oleh guru UKS pada anak SD di Kabupaten Blora dengan kategori baik adalah sebesar 16,96%.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Hubungan Antara karakteristik Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

##### **1. Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua responden (97,7%) berumur  $\geq 30$  tahun dan hanya sedikit responden (2,3%) berumur  $< 30$  tahun. Sedangkan untuk prosentase umur responden yang mempunyai praktik baik, lebih banyak pada kelompok umur muda ( $< 30$  tahun) yaitu sebesar 50,0% bila dibandingkan kelompok umur dewasa ( $\geq 30$  tahun) yaitu sebesar 43,0%. Berdasarkan hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori Green (1991), dimana umur termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) terjadinya perubahan perilaku seseorang. Menurut Budiono (1998), bahwa perubahan perilaku dapat disebabkan karena proses pendewasaan (*maturation*). Melalui pengalaman umur, individu yang bersangkutan telah melakukan adaptasi perilaku terhadap lingkungan. Pernyataan ini menunjukkan bahwa dengan umur responden yang semakin dewasa akan lebih mudah untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada di sekitarnya.

Berbeda dengan hasil penelitian, ternyata guru UKS yang berumur dewasa tidak menunjukkan praktik deteksi dini penderita kusta yang lebih baik bila dibandingkan dengan yang berumur muda. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya sebagian guru UKS yang berumur dewasa ( $\geq 30$  tahun) melaksanakan praktik secara baik, sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik. Begitu juga guru UKS yang berumur muda ( $< 30$  tahun) sebagian melaksanakan praktik secara baik, sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik.

Keadaan tersebut di atas disebabkan karena guru UKS di Kabupaten Blora rata-rata sudah berumur lebih dari 40 tahun sehingga secara fisiologis terjadi penurunan kemampuan fisik dan mental. Faktor lain adalah bertambahnya kegiatan dan tanggung jawab keluarga seiring dengan bertambahnya umur, akan bertambah pula kebutuhan ekonomi untuk biaya sekolah anaknya dan kebutuhan keluarga yang lainnya. Akibatnya tugas pokok sebagai guru UKS termasuk melakukan praktik deteksi dini penderita kusta tidak bisa dilaksanakan secara optimal karena ada kegiatan lain yang lebih diprioritaskan.

## **2. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Berdasarkan hasil penelitian, distribusi responden menurut jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden (64,8%) adalah laki-laki dan sebagian lagi (35,2%) adalah perempuan. Sedangkan prosentase jenis kelamin

responden yang mempunyai praktik baik, lebih banyak perempuan yaitu sebesar 45,2% bila dibandingkan laki-laki yaitu sebesar 42,1%. Dari hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori Green (1991), dimana jenis kelamin termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing factor*), terjadinya perubahan perilaku seseorang. Hal ini menggambarkan bahwa meskipun jumlah guru UKS laki-laki lebih banyak bila dibandingkan dengan perempuan, akan tetapi dalam hal praktik deteksi dini penderita kusta hasilnya tidak jauh berbeda. Guru UKS laki-laki sebagian melaksanakan praktik secara baik sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik. Begitu juga guru UKS perempuan sebagian melaksanakan praktik secara baik sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik.

Keadaan tersebut menunjukkan adanya persamaan gender antara laki-laki dan perempuan. Perempuan mendapatkan kesempatan untuk memperoleh kedudukan dan hak yang sama dengan laki-laki termasuk dalam kegiatan praktik deteksi dini penderita kusta. Dengan demikian baik tidaknya praktik deteksi dini penderita kusta oleh guru UKS tidak ada kaitannya dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan.



### 3. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.

Dari hasil penelitian, lebih dari Separuh responden (51,1%) tingkat pendidikannya tinggi dan sisanya (48,9%) tingkat pendidikannya menengah. Prosentase tingkat pendidikan responden yang melakukan praktik baik, lebih banyak adalah pada kelompok pendidikan menengah (SPG) yaitu sebesar 46,5% bila dibandingkan kelompok pendidikan tinggi (D3/Sarjana) yaitu sebesar 40,0%. Berdasarkan hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Dari hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Noto Atmodjo (1993), yang menyatakan bahwa pendidikan pada individu/kelompok bertujuan untuk mencari peningkatan kemampuan yang diharapkan. Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan dalam suatu bidang akan mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang tertentu pula. Pendapat Kasnodiharjo (1998), menyatakan bahwa faktor-faktor dominan yang mempengaruhi perilaku positif adalah tingkat pendidikan. Sedangkan menurut *Green* (1991), menyatakan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh dalam menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok adalah faktor pendidikan.

Kenyataan hasil penelitian memberi gambaran bahwa guru UKS yang berpendidikan menengah (SPG) maupun guru UKS yang berpendidikan tinggi

(D3/Sarjana) sebagian melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta dengan hasil baik sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik. Hal ini disebabkan karena sebagian besar guru UKS SD di Kabupaten Blora baik yang berpendidikan tinggi maupun yang berpendidikan menengah sudah pernah mengikuti pelatihan UKS, dan belum pernah mendapatkan pelatihan secara khusus tentang deteksi dini penderita kusta.

#### 4. Hubungan Antara Status Kepegawaian Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta

Berdasarkan hasil penelitian, Status kepegawaian responden hampir semua (98,9%) adalah PNS dan sedikit responden (1,1%) adalah non PNS. Status kepegawaian yang mempunyai praktik baik, lebih banyak pada Non PNS yaitu sebesar 100% bila dibandingkan dengan PNS yaitu sebesar 42,5%. Sesuai hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Penelitian yang diperoleh tidak sesuai dengan pendapat *Greenley & Baron* (1997), yang menyatakan bahwa produktifitas kerja seseorang dipengaruhi oleh status pekerjaan yang diterima. Karyawan dengan status pekerjaan tetap pada suatu institusi akan bekerja lebih produktif dibandingkan dengan karyawan yang status pekerjaan kontrak.

Pada penelitian ini guru UKS yang berstatus PNS sebagian melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta dengan hasil baik sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik. Hal ini disebabkan karena rata-rata

guru UKS yang berstatus PNS sudah berusia lebih dari 40 tahun, selama 2 tahun terakhir tidak pernah memperoleh brosur dan leaflet tentang cara deteksi dini penderita kusta, tidak pernah diundang petugas dari puskesmas untuk mendapatkan penjelasan tentang deteksi dini penderita kusta dan tidak pernah ada petugas kesehatan yang datang ke sekolah untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang deteksi dini penderita kusta. Dengan kondisi seperti tersebut di atas maka sangat berdampak pada kegiatan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD.

##### **5. Hubungan Antara Masa Kerja Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.**

Di dalam penelitian ini diperoleh hasil hampir semua responden (95,5%) telah bekerja  $\geq 5$  tahun dan sisanya (4,5%) adalah responden yang memiliki masa kerja  $<5$  tahun. Sedangkan responden yang melaksanakan praktik baik, lebih banyak pada masa kerja  $<5$  tahun yaitu sebesar 50% bila dibandingkan masa kerja  $\geq 5$  tahun yaitu sebesar 42,9%. Berdasarkan hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Health Belief Model*, dimana pada teori ini masa kerja termasuk pada variabel demografi yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu merupakan pengalaman yang sangat berharga dan penting bagi diri yang bersangkutan sebagai landasan untuk bertindak lebih baik

dalam melakukan sesuatu pekerjaan dimaksud. Semakin lama masa kerja seseorang pada bidang tertentu semakin baik pula pengalamannya dalam bidang tersebut. Dengan demikian dapat dipahami bahwa masa kerja yang lebih lama bagi seorang guru UKS akan dapat melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta yang lebih baik.

Ternyata pernyataan ini tidak terbukti, karena guru UKS yang memiliki masa kerja  $\geq 5$  maupun yang  $< 5$  tahun sebagian melaksanakan praktik secara baik dan sebagian lagi melaksanakan praktik kurang baik. Keadaan ini disebabkan karena upaya deteksi dini penderita kusta bukan merupakan tugas pokok guru UKS, sehingga mudah dilupakan.

#### **6. Hubungan Antara Pendapatan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.**

Sesuai hasil penelitian, sebagian besar responden (69,3%) memiliki pendapatan sedang (Rp750.000,--Rp1.500.000,-) dan sebagian lagi responden (30,7%) memiliki pendapatan tinggi ( $> \text{Rp1.500.000,-}$ ). Prosentase pendapatan responden yang melakukan praktik deteksi dini dengan baik, lebih banyak pada kelompok berpendapatan tinggi yaitu sebesar 59,3% bila dibandingkan dengan pendapatan sedang yaitu sebesar 36,1%. Hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p < 0,05$  terbukti ada hubungan yang signifikan antara pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model*, dimana pendapatan termasuk pada variabel demografi yang berpengaruh terhadap

perilaku kusus seseorang. Sedangkan teori Green (1991), menyatakan bahwa pendapatan termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing factor*), terjadinya perubahan perilaku seseorang. Seseorang yang bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri, akan memungkinkan atau memotivasi untuk lebih banyak melakukan pekerjaan. Begitu juga halnya dengan Guru UKS, dengan tingkat pendapatan yang sedang dan cukup untuk kebutuhan sehari-hari maka akan menambah motivasi untuk melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Sebaliknya dengan tingkat pendapatan yang sedang tetapi tidak diikuti dengan pola pengeluaran yang seimbang, maka akan mengurangi motivasi untuk melakukan pekerjaan, termasuk melakukan praktik deteksi dini penderita kusta.

#### **B. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Sikap Deteksi Dini Penderita Kusta.**

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 76 responden (86,4%) dan yang memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 12 responden (13,6%). Sedangkan dari responden yang memiliki sikap baik, lebih banyak pada kelompok pengetahuan sedang yaitu sebesar 95,0% bila dibanding dengan yang berpengetahuan baik yaitu sebesar 83,8%. Dari hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara pengetahuan responden dengan sikap deteksi dini penderita kusta.

Hasil penelitian ini tidak sesuai teori Ajzen (1975), yang menyatakan bahwa dengan adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Berikutnya menurut teori *Green* (1991), menjelaskan bahwa pengetahuan berpengaruh langsung terhadap sikap dan perilaku khusus seseorang.

Berkaitan dengan uraian teori tersebut di atas memberi gambaran bahwa tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan sikap deteksi penderita kusta disebabkan karena responden yang berpengetahuan baik, sebagian ada yang memiliki sikap baik dan sebagian lagi memiliki sikap sedang. Hal ini disebabkan karena responden belum memahami manfaat yang positif dari pengetahuan yang dimiliki karena masih beranggapan bahwa upaya deteksi dini penderita kusta bukan merupakan tugas pokok guru UKS. Sebaliknya untuk responden yang berpengetahuan sedang, hampir seluruhnya memiliki sikap yang baik karena sudah memahami manfaat yang positif dari pengetahuan yang dimiliki.

### **C. Hubungan Antara Pengetahuan Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 76 responden (86,4%) dan responden yang memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 12 responden (13,6%). Dari responden yang melakukan praktik baik, paling banyak pada kelompok berpengetahuan sedang yaitu sebesar 66,7% bila dibandingkan kelompok berpengetahuan baik

yaitu sebesar 39,5%. Hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Fishbein-Ajzen* (1975) dalam Ancok (1989), yang menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya. Selanjutnya menurut teori *Green* (1991), menjelaskan bahwa pengetahuan berpengaruh langsung terhadap sikap dan perilaku khusus seseorang.

Cartwright (1981) dalam Inantha (1997), menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara variabel pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum suatu tindakan pribadi terjadi. Tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Dari uraian teori tersebut di atas memberi gambaran bahwa tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan praktik deteksi penderita kusta disebabkan karena responden yang berpengetahuan baik maupun berpengetahuan sedang, sebagian ada yang melaksanakan praktik secara baik dan sebagian lagi melakukan praktik kurang baik. Hal ini disebabkan karena pengetahuan yang dimiliki responden mengenai upaya deteksi dini penderita kusta, belum mampu menumbuhkan motivasi untuk berbuat/ bertindak. Sebagian besar responden

hanya melaksanakan tugas pokoknya sebagai guru, dan belum melaksanakan tugas tambahan dalam upaya deteksi dini penderita kusta.

#### **D. Hubungan Antara Sikap Responden Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta.**

Dari penelitian diperoleh hasil : responden yang memiliki sikap baik sebanyak 68 responden (77,3%), dan responden yang memiliki sikap sedang sebanyak 20 responden (22,7%). Sedangkan prosentase tingkat sikap responden yang melakukan praktik baik, terbanyak pada kelompok sikap baik yaitu sebesar 48,5% bila dibandingkan dengan responden yang melakukan sikap sedang yaitu sebesar 25,0%. Hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p > 0,05$  tidak terbukti ada hubungan antara sikap responden terhadap penyakit kusta dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Mar'at (1982), yang mengatakan bahwa manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek-obyeknya. Dengan kata lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, dimana seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Sebelum orang mendapat informasi atau melihat obyek itu, tidak mungkin terbentuk sikap. Meskipun dikatakan mendahului tindakan, sikap belum tentu merupakan tindakan aktif tetapi merupakan predisposisi (mempermudah) untuk bertindak senang atau tidak senang terhadap obyek tertentu mencakup



komponan kognisi, afeksi dan konasi. Menurut Fishben & Ajzen (1975), menjelaskan konsep pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dalam kaitannya dengan sesuatu kegiatan biasanya mempunyai anggapan sebagai berikut: adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk ikut suatu kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan inilah yang disebut dengan perilaku.

Menurut Noto Atmodjo (1993), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Berdasarkan uraian beberapa teori di atas, tidak adanya hubungan antara sikap dengan praktik deteksi dini penderita kusta, disebabkan karena responden yang bersikap baik maupun yang bersikap sedang, sebagian melaksanakan praktik secara baik dan sebagian melaksanakan praktik kurang baik. Hal ini disebabkan karena responden yang melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta secara baik belum pernah ada yang mendapatkan penguat (penghargaan). Begitu juga responden yang melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta secara kurang baik, tidak ada sangsi apa-apa.

#### **E. Hubungan Antara Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Sesuai penelitian diperoleh hasil : tingkat peranan petugas kesehatan baik sebanyak 8 responden (9,1%), dan tingkat peranan petugas kesehatan sedang sebanyak 80 responden (90,9%). Prosentase peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan kriteria baik, lebih banyak pada kelompok peranan petugas kesehatan baik yaitu sebesar 75,0% bila dibandingkan dengan kelompok peranan petugas kesehatan kurang baik yaitu sebesar 40,0%. Berdasarkan hasil uji  $X^2$  dengan nilai  $p < 0,05$  terbukti ada hubungan antara peranan petugas kesehatan dalam mendeteksi penderita kusta dengan praktik deteksi dini penderita kusta.

Keadaan tersebut di atas sesuai dengan teori *Green* (1991), dimana faktor penguat (*reinforcing factor*) yaitu faktor-faktor yang menguatkan termasuk di sini adalah peranan orang lain (teman, tokoh masyarakat, orang tua dan para guru) berpengaruh langsung terhadap perilaku seseorang. Hal ini memberikan gambaran bahwa peranan petugas kesehatan sangat memegang peranan penting dalam praktik deteksi dini penderita kusta yang dilakukan oleh guru UKS SD. Semakin baik peranan petugas kesehatan, semakin baik pula praktik deteksi dini penderita kusta yang dilakukan oleh guru UKS SD di Kabupaten Blora.

**F. Hubungan Antara Karakteristik (Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kepegawaian, Masa Kerja, Pendapatan), Pengetahuan, Sikap Responden dan Peranan Petugas Kesehatan Dengan Praktik Deteksi Dini Penderita Kusta**

Dengan menggunakan analisis multivariat melalui uji Regresi Logistik Binari. bertujuan untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama antara variabel bebas (umur, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, pendapatan, pengetahuan, sikap responden dan peranan petugas kesehatan) dengan variabel terikat (praktik deteksi dini penderita kusta), dan juga untuk mengetahui variabel bebas apa yang paling berperan/dominan terhadap variabel terikat.

Hasil uji statistik yang dilakukan menunjukkan bahwa dari 9 variabel bebas setelah melalui 7 tahap analisis maka masih tersisa 3 variabel. Ketiga variabel tersebut yaitu pendapatan responden, sikap responden, dan peranan petugas kesehatan. Dari 3 variabel yang masih tersisa ternyata variabel yang paling berperan/dominan terhadap praktik deteksi dini penderita kusta adalah pendapatan responden. Hal tersebut disebabkan karena responden telah dapat memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari, sehingga mempunyai waktu banyak sehabis mengajar untuk melakukan kegiatan praktik deteksi dini penderita kusta di sekolah. Asumsi penulis adalah dengan pendapatan yang cukup, responden tidak akan mencari pekerjaan tambahan di luar tugas pokok yang sangat membutuhkan banyak waktu.

Sesuai dengan teori *Green* (1991), faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yaitu faktor-faktor yang memudahkan terlaksananya kegiatan. Pada penelitian ini faktor yang mempermudah adalah pendapatan dan sikap guru UKS SD. Walaupun sikap ada hubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD, akan tetapi masih kalah dengan pendapatan guru UKS SD.

Untuk faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah faktor-faktor yang menguatkan terlaksananya kegiatan., meliputi dukungan keluarga, teman sebaya, guru, majikan, petugas kesehatan. Yang termasuk faktor penguat adalah peranan petugas kesehatan. Walaupun peranan petugas kesehatan ada hubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD, akan tetapi masih kalah dengan pendapatan guru UKS SD.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden terbanyak : kelompok umur dewasa ( $\geq 30$  tahun) sebesar 97,7%, jenis kelamin laki-laki sebesar 64,8%, tingkat pendidikan menengah (D3/Sarjana) sebesar 51,1%, status kepegawaian PNS sebesar 98,9%, masa kerja  $\geq 5$  tahun sebesar 95,5%, dan pendapatan sedang (Rp 750.000,- - Rp 1.500.000,-) sebesar 69,3%.
2. Responden terbanyak berpengetahuan baik sebesar 86,4%. Pernyataan pengetahuan yang sebagian besar dijawab salah oleh responden adalah mengenai tanda-tanda kusta, cara penularan kusta, pemeriksaan klinis kusta, penemuan penderita kusta, dan deteksi dini penderita kusta.
3. Responden terbanyak bersikap baik sebesar 77,3%. Pernyataan sikap yang dijawab tidak setuju oleh sebagian besar responden adalah pernyataan tentang etiologi dan cara penularan penyakit kusta.
4. Responden terbanyak berpraktik kurang baik sebesar 56,8%. Pertanyaan yang sebagian besar dijawab tidak dilakukan oleh responden, adalah berkaitan dengan pemeriksaan kulit untuk deteksi dini penderita kusta, dan pendidikan kesehatan tentang deteksi dini penderita kusta.

5. Peranan petugas kesehatan terbanyak kategori kurang baik sebesar 90,9%.  
Prosentase paling besar untuk pertanyaan yang dijawab tidak pernah oleh sebagian besar responden adalah : Dalam dua tahun terakhir, apakah saudara pernah memperoleh brosur, leaflet atau buku pedoman tentang deteksi dini penderita kusta pada anak SD ?
6. Tidak ada hubungan antara :
  - a. Karakteristik umur responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,84.
  - b. Karakteristik jenis kelamin responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,78.
  - c. Karakteristik tingkat pendidikan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,53.
  - d. Karakteristik status kepegawaian responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,24.
  - e. Karakteristik masa kerja responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,77.
  - f. Pengetahuan responden dengan sikap deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,20.
  - g. Pengetahuan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,07.
  - h. Sikap responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,06.

7. Ada hubungan yang bermakna antara :
  - a. Karakteristik pendapatan responden dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,04.
  - b. Peranan petugas kesehatan dengan praktik deteksi dini penderita kusta dengan p value = 0,05.
8. secara bersama-sama variabel pendapatan dengan p value 0,04 dan variabel sikap dengan p value = 0,05 mempunyai hubungan yang signifikan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value  $\leq$  0,05). Sedangkan variabel peranan petugas kesehatan dengan p value = 0,06 tidak berhubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta (p value  $>$  0,05).
9. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik deteksi dini penderita kusta adalah pendapatan responden dengan p value = 0,04.

## B. Saran

Sesuai hasil kesimpulan di atas, beberapa saran yang dapat diajukan penulis adalah :

### 1. Bagi dinas Kesehatan kabupaten Blora

- a. Agar diadakan pelatihan bagi guru UKS SD tentang deteksi dini penderita kusta, dengan materi tanda-tanda kusta, cara penularan kusta, pemeriksaan klinis kusta, penemuan penderita kusta, dan deteksi dini penderita kusta, sebagai *reinforcing course*.

- b. Agar melakukan kerja sama lintas sektoral dengan Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Blora untuk mengupayakan peningkatan pendapatan guru UKS SD, sehingga mampu meningkatkan motivasi guru UKS SD untuk melakukan upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD.

## **2. Bagi Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Blora**

- a. Agar diberikan penghargaan bagi guru UKS yang melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta dengan baik. Misalnya dengan memberikan kenaikan pangkat tepat 2 tahun atau penghargaan berupa materi.
- b. Agar memberikan pembinaan kepada guru UKS yang tidak aktif dalam melaksanakan praktik deteksi dini penderita kusta pada anak SD.
- c. Agar memasukan materi upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD, sehingga dapat mengetahui bila mana ada gejala dini kusta pada dirinya.

## **3. Bagi Guru UKS :**

- a. Agar meningkatkan tugas upaya deteksi dini penderita kusta pada anak SD mengingat di Kabupaten Blora kasus kusta pada anak masih cukup tinggi.
- b. Agar meningkatkan kerja sama dengan petugas kesehatan Puskesmas khususnya yang berkaitan dengan upaya deteksi dini penderita kusta mengingat selama 2 tahun tidak ada *school survey*.

## **4. Bagi petugas Kesehatan Puskesmas**

Agar ada kegiatan supervisi secara teratur pada tiap-tiap SD mengingat selama 2 tahun tidak pernah ada kegiatan *school survey*.



## DARTAR PUSTAKA

- Ajzen, I., (1998), *Attitudes Personality and Behavior*, Chicago, Dorsey Press.
- Amirudin, MD. & Toena, (1995), *Uji Diagnostik Baru Lepra*, Kumpulan Naskah ilmiah VIII, Jakarta.
- Ancok, J., (1989), *Teknik Penyusunan Skala Pengukuran*, Pusat Penelitian Kependudukan, UGM, Yogyakarta.
- Arikunto, S., (1993), *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktik*, Binapura Aksara, Jakarta.
- Azwar, S., (1993), *Pengantar Pendidikan Kesehatan*, Sastra Hudaya, Jakarta.
- Azwar, S., (2001), *Metode Penelitian*, Pustaka Pelajar 30 (Anggota IKAPI), Cetakan III, Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan RI, (2004), *Modul 1 Epidemiologi dan Program Bagi Petugas Pengelola P2 Kusta Tingkat Propinsi/ Kabupaten*, Pusat latihan Kusta Nasional, Makasar.
- Departemen Kesehatan RI, (1996), *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*, DITJEN PPM & PPL, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, (1995), *Materi Tentang Kesehatan Untuk Guru UKS*, Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- De Weerdt, I., (1989), *Diabetes Education, Behavioural, Medical, Organizational and Economic Aspect, A Multicentre Evaluation Study*, Den Haag : Cip. – Data Koninklijke Bibliotheek.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, (2003), *Hasil kegiatan Program P2M*, Blora.
- Fishben, M., and Ajzen, (1975), *Introduction to Theory and Research*, Massachuset : Adison Weshley Publishing Co.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W., (1991), *Health Promotion Planning ; An Education and Environment Approach*, Second Edition, Mauntenview, CA ; Maufield.
- Inantha, M.,W.,(1997), *Pengetahuan, Sikap dan Praktik Pengguna Sarana Kesehatan Pengobatan Tradisional di Kabupaten Karanganya*.

- Kartono, K., (1990), *Psikologi Umum*, Mandar Maju, Bandung.
- Kasnodiharjo, (1998), *Perilaku Hidup Sehat dan Pengaruhnya Terhadap Lingkungan dan Kesehatan Keluarga*, Bagian Perpustakaan dan Informasi Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan, PT Gramedia, Jakarta.
- Mar'at, (1982), *Sikap Manusia, Perubahan serta Pengukurannya*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Murti, B., (1996), *Penerapan Metode Statistik Non Parametrik Dalam Ilmu-ilmu Kesehatan Masyarakat*, PT Gramedia, Jakarta.
- Nasution, S., (2002), *Metodologi Research (Penelitian Ilmiah)*, PT Bumi Aksara, Cetakan kelima, Jakarta.
- Notoatmodjo, S., (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan II*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S., (1993), *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Pratiknyo, A., W., (1999), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, CV Raja wali, Yogyakarta.
- Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, (2002), *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian untuk Tesis*, Semarang.
- Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, (2002), *Pedoman Penulisan Tesis*, Semarang.
- Rosenstock, IM., Stecker & Becker, (1998), *Social Leaving Theory and The Health Belief Model*, Health Educational Quanterly.
- Santoso, S., (2000), *SPSS for Window Release 10.0*, PT Elek Media Komputindo, Gramedia, Jakarta.
- Santoso, S., (2000), *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, PT Elek Media Komputindo, Gramedia, Jakarta.
- Singarimbun, M., (1989), *Metodologi Penelitian Survey*, LP3, Jakarta.
- Soebono, H., (1996), *Penyakit Lepra*, Kumpulan Naskah Kuliah Bagian Penyakit Kulit dan Kelamin, FP-UGM Semarang.

- Solita, S., (1993), *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Sugiyono, (1999), *Statistik Nonparametrik untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung.
- Sujudi, A., (2003), *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia (Indonesian journal of Public Health)*, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta.
- Sulaiman, W., (2002), *Jalan Pintas Menguasai SPSS 10*, Andi, Yogyakarta.
- Smet, B., (1994), *Theory of Resoned Action*, The John Hopkins University, Mayfield Publishing, USA.
- Tjokronegoro, A, dkk., (2003), *Kusta*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Zimbardo, P.G., and Leippe, M.R., (1991), *The Psychology of Attitude Change and Social Influence*, New York, Mc. Graw Hill, Inc.